

NOTE TO USERS

This reproduction is the best copy available.

UMI[®]

Thèse présentée
à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke
en vue de l'Obtention du grade de
Philosophiae doctor (Ph.D.)
en sciences cliniques
(sciences infirmières)

**Habilitation à l'autoprise en charge de sa santé,
représentations des infirmières des soins à
domicile**

Pierre Godbout

Juillet 2007

Les pages 2, 6 et 18
sont manquantes
complet tel quel



Library and
Archives Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence
ISBN: 978-0-494-37975-2
Our file Notre référence
ISBN: 978-0-494-37975-2

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Habilitation à l'autoprise en charge de sa santé, représentations des infirmières des soins à domicile

Membres du jury d'évaluation de la thèse

- **Johanne Desrosiers, erg., Ph.D.**
Présidente du jury
Directrice du département de réadaptation
et professeure titulaire
Faculté de médecine et des sciences de la
santé
Université de Sherbrooke
- **Hélène Patenaude, inf., Ph.D.**
Juge externe à l'Université
Professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières
Université Laval, Québec
- **Hélène Sylvain, inf., Ph.D.**
*Juge externe aux programmes des
sciences cliniques*
Professeure et directrice du département
des sciences infirmières
Université du Québec à Rimouski
- **Denise St-Cyr Tribble, inf., Ph.D.**
Directrice
Professeure titulaire
École des sciences infirmières et directrice
des programmes de sciences cliniques
Faculté de médecine et des sciences de la
santé
Université de Sherbrooke

Juillet 2007

Table des matières

Tables des matières	i
Liste des tableaux	v
Liste des figures	viii
Résumé	ix
Dédicaces	x
Remerciements	xi
Introduction	1
CHAPITRE 1 Problématique	5
1.1 But et objectifs de la recherche	11
1.2 Cadre de référence	11
1.3 Pertinence de la recherche	15
CHAPITRE 2 Recension des écrits	17
2.1 Stratégies de recherche des écrits scientifiques	19
2.2 Interventions d'habilitation aux compétences familiales	23
2.2.1 Caractéristiques de l'intervention d'habilitation	23
2.2.2 Interventions d'habilitation auprès de parents et indicateurs d'appropriation	27
2.3 Description de processus menant à l'appropriation	34
2.4 Diverses modalités reliées à l'intervention d'habilitation	40
2.5 Description d'interventions en soins à domicile	51
2.6 Synthèse de la recension des écrits	58

CHAPITRE 3	Méthodologie de la recherche	61
3.1	Devis de recherche	63
3.2	Terrain de recherche	65
3.3	Participant·es et participants à l'étude	66
3.4	Outils de collecte des données	70
3.4.1	Grille d'observation des visites à domicile	71
3.4.2	Guide d'entrevue semi-dirigée	72
3.4.3	Fiches de renseignements sociodémographiques	74
3.4.4	Processus de validation des outils de collecte des données	74
3.5	Méthodes de collecte des données	76
3.5.1	Phase préparatoire à la collecte des données	76
3.5.2	Déroulement de la collecte des données	83
3.6	Traitement et analyse des données	85
3.6.1	Analyse des données observationnelles obtenues lors des visites à domicile	86
3.6.2	Analyse des entrevues	90
3.6.3	Analyse des fiches de renseignements sociodémographiques	96
3.7	Critères de scientificité de la recherche	97
3.8	Considérations éthiques	98
CHAPITRE 4	Présentation et interprétation des résultats	101
4.1	Profils des infirmières et de la clientèle	103
4.1.1	Profil sociodémographique des infirmières	104
4.1.2	Profil sociodémographique de la clientèle	104
4.1.3	Profil clinique de la clientèle selon le motif de référence aux soins à domicile	107
4.2	Interventions d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé observées lors des visites à domicile	109
4.2.1	Interventions d'habilitation de la catégorie « Contribue au lien thérapeutique »	111
4.2.2	Interventions d'habilitation de la catégorie « Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne »	115
4.2.3	Interventions d'habilitation de la catégorie « Facilite l'apprentissage »	120
4.2.4	Interventions d'habilitation de la catégorie « Permet l'exploration de différentes possibilités »	124

4.2.5	Interventions d'habilitation de la catégorie « Encourage et soutient la prise de décision »	127
4.3	Interventions d'habilitation rapportées aux entrevues avec les infirmières	129
4.3.1	Interventions d'habilitation de la catégorie « Contribue au lien thérapeutique »	133
4.3.2	Interventions d'habilitation de la catégorie « Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne »	136
4.3.3	Interventions d'habilitation de la catégorie « Facilite l'apprentissage »	138
4.3.4	Interventions d'habilitation de la catégorie « Permet l'exploration de différentes possibilités »	140
4.3.5	Interventions d'habilitation de la catégorie « Encourage et soutient la prise de décision »	142
4.4	Représentations des infirmières de l'autoprise en charge de sa santé	144
4.4.1	Représentations des caractéristiques de la clientèle qui favorisent et entravent l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge	145
4.4.1.1	Caractéristiques personnelles	146
4.4.1.2	Éléments reliés à la participation	150
4.4.1.3	Conditions	150
4.4.2	Représentations reliées à la pratique infirmière	152
4.4.3	Autres représentations	157
4.5	Analyse de cas	160
4.5.1	Cas représentatif d'une bonne autoprise en charge de sa santé : Madame Cormier	161
4.5.2	Cas représentatif d'une autoprise en charge de sa santé plus difficile : Madame Goguen	167
4.5.3	Similitudes et différences et entre les deux cas	173
CHAPITRE 5 Discussion		177
5.1	Nature multidimensionnelle de l'intervention d'habilitation	181
5.2	Apport de l'observation pour décrire les interventions d'habilitation	187
5.2.1	Raffinement des indicateurs de l'intervention d'habilitation	187
5.2.2	Élucidation de la nature et de la fonction des interventions	199
5.3	Représentations des infirmières de l'autoprise en charge de sa santé	202
5.3.1	Représentations des caractéristiques qui facilitent et entravent l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé	203
5.3.2	Représentations de la pratique infirmière	208
5.4	Analyse de cas et le concept de la trajectoire de la maladie	211

5.5	Raffinement de la conceptualisation de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé _____	214
5.6	Forces et limites de l'étude _____	218
5.7	Retombées de l'étude _____	219
Conclusion _____		223
Références _____		227
Annexe A	Grille d'observation des visites à domicile _____	237
Annexe B	Guide d'entrevue avec les infirmières _____	241
Annexe C	Fiches de renseignements sociodémographiques _____	253
Annexe D	Extraits de l'instrumentation utilisée auprès du comité d'experts _____	259
Annexe E	Formulaires de consentement _____	273
Annexe F	Extraits illustrant des interventions observées lors des visites à domicile dans les différentes catégories d'intervention _____	285
Annexe G	Extraits illustrant des interventions rapportées aux entrevues avec les infirmières dans les différentes catégories d'intervention _____	295
Annexe H	Extraits illustrant les représentations des infirmières _____	303
Annexe I	Liste complète des interventions pour le cas de Madame Cormier _____	309
Annexe J	Liste complète des interventions pour le cas de Madame Goguen _____	313

Liste des tableaux

Tableau 1	Exemples de caractéristiques de l'intervention d'habilitation du « <i>Helpgiver Practices Scale</i> »	25
Tableau 2	Principales caractéristiques des recherches sur les interventions d'habilitation auprès de parents et indicateurs d'appropriation	28
Tableau 3	Principales caractéristiques des recherches décrivant un processus d'appropriation	36
Tableau 4	Thématiques reliées aux modalités de l'intervention d'habilitation	41
Tableau 5	Principales composantes des modèles et de l'instrument de Faulkner	46
Tableau 6	Aperçu des systèmes de classification des interventions	53
Tableau 7	Critères d'admissibilité à l'étude	68
Tableau 8	Catégories de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé ayant servi à l'élaboration de la grille d'observation	73
Tableau 9	Synthèse des principaux thèmes explorés lors des entrevues avec les infirmières	75
Tableau 10	Principales activités de la phase préparatoire à la collecte	77
Tableau 11	Étapes du déroulement de la collecte	84
Tableau 12	Étapes de l'analyse des données d'observations à domicile	87
Tableau 13	Étapes de l'analyse des entrevues avec les infirmières	91
Tableau 14	Profil sociodémographique des infirmières	105
Tableau 15	Profil sociodémographique de la clientèle	106
Tableau 16	Profil clinique de la clientèle selon le motif de référence aux soins à domicile	108
Tableau 17	Interventions d'habilitation observées selon la catégorie d'intervention	109
Tableau 18	Interventions d'habilitation observées dans la catégorie « Contribue au lien thérapeutique »	112

Tableau 19:	Interventions d'habilitation observées dans la catégorie « Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne »	116
Tableau 20	Interventions observées dans la catégorie « Facilite l'apprentissage »	121
Tableau 21	Interventions observées dans la catégorie « Permet l'exploration de différentes possibilités »	125
Tableau 22	Interventions d'habilitation observées dans la catégorie « Encourage et soutient la prise de décision »	127
Tableau 23	Catégorisation des interventions d'habilitation rapportées aux entrevues avec les infirmières en comparaison avec celles observées par le chercheur lors des visites à domicile	130
Tableau 24	Interventions d'habilitation de la catégorie « Contribue au lien thérapeutique » rapportées aux entrevues avec les infirmières et comparaison avec les interventions observées à domicile	134
Tableau 25	Interventions d'habilitation de la catégorie « Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne » rapportées aux entrevues avec les infirmières et comparaison avec les interventions observées à domicile	137
Tableau 26	Interventions d'habilitation de la catégorie « Facilite l'apprentissage » rapportées aux entrevues avec les infirmières et comparaison avec les interventions observées à domicile	139
Tableau 27	Interventions d'habilitation de la catégorie « Permet l'exploration de différentes possibilités » rapportées aux entrevues avec les infirmières et comparaison avec les interventions observées à domicile	141
Tableau 28	Interventions d'habilitation de la catégorie « Encourage et soutient la prise de décision » rapportées aux entrevues avec les infirmières et comparaison avec les interventions observées à domicile	143
Tableau 29	Représentations des caractéristiques de la clientèle qui favorisent et entravent l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge dans la catégorie des caractéristiques personnelles	147
Tableau 30	Représentations des caractéristiques de la clientèle qui favorisent et entravent l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge dans la catégorie des éléments reliés à la participation	151

Tableau 31	Représentations des caractéristiques de la clientèle qui favorisent et entravent l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge dans la catégorie des conditions _____	151
Tableau 32	Représentations reliées à la pratique infirmière _____	154
Tableau 33	Principales caractéristiques du cas de Madame Cormier _____	163
Tableau 34	Principales caractéristiques du cas de Madame Goguen _____	168
Tableau 35	Récapitulation des catégories de l'intervention d'habilitation _____	182

Liste des figures

- Figure 1 Cadre de référence pour guider l'étude sur l'intervention
d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé _____ 12; 215
- Figure 2 Raffinements apportés au cadre de référence sur l'intervention
d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé _____ 215

Résumé

L'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé, représentations des infirmières des soins à domicile.

Malgré l'accent sur l'importance de l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé, peu de connaissances ont été générées sur les pratiques professionnelles pour la favoriser. Les infirmières et infirmiers sont dans une position privilégiée pour assister leur clientèle dans l'atteinte de cette autoprise en charge, mais les informations sur leurs représentations ainsi que leurs interventions sont très limitées. Cette étude d'orientation ethnométhodologique visait l'exploration des éléments impliqués dans l'intervention infirmière favorisant l'habilitation à l'autoprise en charge dans le contexte des soins à domicile. Les objectifs étaient de 1) décrire les interventions infirmières d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé à partir d'observations dans des situations réelles de soins à domicile, et 2) décrire les représentations des infirmières et des infirmiers de l'autoprise en charge de sa santé par la clientèle desservie à domicile. Le terrain de recherche a été les unités locales du Programme Extra-Mural de la Régie régionale de la santé Beauséjour desservant une clientèle principalement francophone du sud-est du Nouveau-Brunswick. Quinze infirmières ont participé à l'étude et 30 situations réelles de soins à domicile ont été observées. L'analyse du contenu des rapports d'observation et des entrevues s'est effectuée selon une approche qualitative (Miles et Huberman, 1994) qui inclut des analyses de cas.

Les résultats des observations de situations réelles de soins présente une typologie descriptive d'une soixantaine d'interventions d'habilitation, se réalisant à travers cinq catégories d'interventions démontrant ainsi leur nature multidimensionnelle : 1) contribue au lien thérapeutique; 2) travaille à partir du point de vue et des forces de la personne; 3) facilite l'apprentissage; 4) permet l'exploration de différentes possibilités, et 5) encourage et soutient la prise de décision. Lors des entrevues, les infirmières ont corroboré plusieurs interventions qui ont été observées, mais un apport de l'observation a été de déceler la nature et la fonction de certaines interventions peu abordées lors des entrevues. Au plan des représentations de l'autoprise en charge de sa santé, les infirmières ont fait part des caractéristiques de la clientèle qui favorisent ou entravent cette autoprise en charge, en plus d'aborder les éléments reliés à la pratique infirmière au plan des dimensions du savoir et du savoir-être de l'infirmière. Les analyses de cas démontrent que les infirmières ajustent leurs interventions en fonction des réactions des personnes et saisissent les occasions pour effectuer les diverses interventions. Ce qui différencie un cas pour lequel l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien à celui qui présente des difficultés est davantage relié aux caractéristiques personnelles et contextuelles de la clientèle face à leur situation. Cette perspective démontre que des situations qui présentent des difficultés au plan de l'autoprise en charge de la santé rassemblent des caractéristiques qui vont au au-delà d'un concept unidimensionnel comme « l'observance au traitement ». En fait, ces situations comportent plutôt des éléments se rapprochant au concept de la « trajectoire de maladie », qui relate le cheminement de la personne aux prises avec la maladie chronique. Parmi les retombées de cette recherche, il est suggéré que le caractère non-intrusif de l'observation *in situ* pourrait servir au développement d'outils cliniques permettant d'analyser les difficultés rencontrées dans une situation clinique particulière. Au plan de la recherche, il est suggéré d'intégrer la perspective de la clientèle pour approfondir davantage son parcours dans l'intervention.

Cette thèse est dédiée à la mémoire de la Dre Denise Paul qui a co-dirigé mes travaux, mais dont la maladie a emporté avant d'en avoir vu le dénouement. Son insistance à fournir ses critiques et à contribuer au développement de mon projet même à un stade avancé de sa maladie témoigne de son grand cœur. Je lui en suis très reconnaissant et je ne peux qu'espérer que sa contribution et son influence permutent les pages de cette thèse.

Cette thèse est aussi dédiée à la mémoire de Claude Morasse, collègue au doctorat, mais surtout un grand ami. Son décès tragique m'a profondément marqué et a profondément marqué tous ceux et celles qui l'ont connu. Claude était mon port d'attache à Sherbrooke lorsque j'ai commencé mes études doctorales et nous étions devenus de grands amis, un genre d'amitié qui défie toute description et dont l'esprit est encore présent à ce jour.

Remerciements

La réalisation de cette étude n'aurait été possible sans l'apport et le soutien de nombreuses personnes. Je tiens d'abord à exprimer ma très sincère gratitude envers la Dre Denise St-Cyr Tribble, directrice de recherche. En plus d'avoir assumé seule la direction de mes travaux à la suite du décès de la Dre Denise Paul, elle a su cultiver chez moi cet esprit d'exploration et de découverte inhérent à la recherche. Grâce à son approche pédagogique, qui allie à la fois le regard critique, la quête de la précision et surtout la critique constructive, elle a agi comme mon mentor et guide à travers ce périple doctoral. Je lui suis donc très reconnaissant.

Je remercie chaleureusement les infirmières qui ont accepté de participer à cette étude. J'ai souvent eu peur de les « déranger » lors de mes démarches. Cependant, elles ont su m'accommoder à plusieurs reprises afin que je puisse les accompagner lors de visites à domicile chez leur clientèle, sans mentionner le fait qu'elles ont accepté de réaliser l'entrevue avec moi malgré leur horaire chargé. Je tiens également à remercier leur clientèle qui a accepté que je me présente à leur foyer et dont l'accueil et l'intérêt de participer à cette recherche m'ont carrément ébloui!

Je ne peux passer sous silence la précieuse collaboration du Programme Extra-Mural de la Régie régionale Beauséjour pour avoir ouvert toutes grandes ses portes à cette recherche. Je remercie en particulier la directrice à l'époque, Murielle Cormier, ainsi que la coordonnatrice de l'Unité Blanche-Bourgeois, Julia Cormier, qui m'ont initié au domaine des soins à domicile durant la phase préparatoire à la recherche. Je remercie aussi Marie-Josée Gould, coordonnatrice de l'Unité de Shédiac et Charline Roy,

coordonnatrice de l'Unité Stella-Maris de Kent pour leur aide dans le recrutement des infirmières.

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration des outils de collecte en participant à un exercice de validation de contenu, fournissant un regard critique externe ainsi que de nombreux conseils et points de vue. Ainsi, je remercie Stella Chiasson, Julia Cormier, Monique Cormier-Daigle, Frances Gallagher et Suzanne Ouellette. Je remercie également l'infirmière Roselyn Ross qui m'a permis de vivre une journée d'une infirmière du Programme Extra-Mural en acceptant que je l'accompagne lors de la phase préparatoire et qui, plus tard, s'est portée volontaire au pré-test du déroulement de la collecte de données et les outils.

Un merci est lancé à ma muse et collègue au doctorat, Frances Gallagher, qui a toujours cru en mon projet. Son écoute, ses nombreux « insights » et ses suggestions ont servi d'appui tout au long de cette recherche (sans oublier l'apport de son conjoint Dominique et de leurs deux « grands » garçons, Shawn et Xavier).

J'accorde une reconnaissance spéciale à toute ma « gang » de Sherbrooke avec qui j'ai vécu le drame du décès de Claude Morasse, une épreuve qui a noué à jamais notre amitié. Merci donc à Caroline van Rossum, André Mathieu, Nancy Choinière et Michèle Venet, Marie-Noëlle Charbonneau et Yannick Heynemand.

Je réserve un merci tout spécial à Marc Johnson, grand ami et camarade de longue date, dont le soutien et l'aide précieuse à un moment crucial du périple doctoral m'ont sorti de la torpeur!

Je tiens à remercier l'Université de Moncton ainsi que le Fonds pour les chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) dans le cadre du programme Québec-Acadie, pour leur appui financier grâce à l'octroi de bourses doctorales.

Je veux enfin souligner ma très grande reconnaissance envers ma conjointe Nicole qui a littéralement vécu les soubresauts qu'occasionne une thèse doctorale. Je la remercie de tout mon cœur pour m'avoir constamment soutenu en plus d'avoir contribué à la révision des textes, une tâche ardue en soi!

Introduction

Introduction

Dans la foulée des réformes du système de santé des dernières années, l'autoprise en charge de sa santé constitue l'un des objectifs marquants du discours sociosanitaire. On préconise la nécessité d'aider les personnes et les collectivités à prendre à charge leur santé en leur fournissant les outils à cet effet, interpellant les intervenants de la santé à examiner leurs modes d'intervention de sorte à favoriser l'habilitation à cette autoprise en charge de santé. Les infirmières et infirmiers sont dans une position privilégiée pour jouer un rôle dans l'atteinte de cet objectif et le secteur des soins à domicile est ciblé comme un modèle de prestation de soins de première ligne pouvant contribuer à l'autoprise en charge de sa santé. Il est donc essentiel d'augmenter les connaissances au plan de l'intervention d'habilitation d'où l'intérêt de la présente recherche.

Cinq chapitres composent cette thèse. Le premier présente la problématique associée à l'étude de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Il souligne les enjeux et défis inhérents à une recherche sur l'intervention, tant au plan conceptuel que méthodologique, et précise les buts et objectifs.

Le deuxième chapitre dresse un portrait de l'état des connaissances sur l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé duquel se dégage la nature émergente de recherches empiriques sur le sujet. La recension des écrits aborde alors les domaines d'intervention qui s'y intéressent et dégage les connaissances émergentes en la matière.

Le troisième chapitre s'attarde aux aspects méthodologiques sous-tendant la présente recherche. Il décrit le devis d'étude utilisé, les modalités de la collecte et l'analyse des données ainsi que les critères de rigueur scientifique du processus de la recherche.

Le quatrième chapitre, composée de quatre sections, est consacré à la présentation et à l'interprétation des résultats. Dans un premier temps, les interventions d'habilitation issues de l'analyse de contenu d'observations de situations réelles de soins à domicile sont décrites. Dans un deuxième temps, il est question d'exposer les représentations infirmières de l'intervention d'habilitation issues de l'analyse de contenu des entrevues. La troisième section se veut un examen de leurs représentations de l'autoprise en charge de la santé. La quatrième et dernière section présente l'analyse de deux cas de soins, permettant la mise en contexte de l'ensemble des résultats.

Le cinquième chapitre discute des résultats à la lumière de ce que ceux-ci nous apprennent au plan de la nature multidimensionnelle de l'intervention d'habilitation ainsi que la pertinence de l'observation *in situ* comme moyen d'en élucider leurs natures et leurs fonctions. Les représentations infirmières font aussi l'objet de discussion pour démontrer dans quelle mesure elles contribuent à décrire des éléments correspondant à la réalité de la pratique infirmière à domicile. De plus, on établit un parallèle entre l'analyse de cas et le concept de la « trajectoire de la maladie » et on propose un raffinement de la définition conceptuelle de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Enfin, sont présentées les forces, limites et les retombées possibles de cette recherche doctorale.

Chapitre 1

Problématique

Chapitre 1

Problématique

Afin de contrer les coûts sans cesse croissants des services en établissement, le ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick s'est engagé, avec sa réforme du système de santé, à offrir davantage de services communautaires (Conseil du Premier ministre en matière de qualité de la santé, 2002; Santé et Mieux-être Nouveau-Brunswick, 2004). Outre les objectifs d'efficacité économique qu'elle poursuit, cette transition s'inscrit aussi dans la tendance actuelle du système de santé sur le plan national à viser des stratégies efficaces d'amélioration de la santé de la population basées sur des actions concertées en lien avec les principaux déterminants de la santé. Pour réaliser cette transition, l'appel est lancé pour rétablir un certain équilibre entre les ressources de la santé investies dans les services institutionnels de diagnostic et de traitement de la maladie, et d'autres services de santé jugés essentiels. On recommande ainsi d'investir davantage dans des initiatives de promotion et de protection de la santé axées sur la population ainsi que dans des services de santé personnels principalement par l'entremise de modèles de prestation de services de santé communautaires (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002; Conférence des ministres provinciaux et territoriaux de la santé, 1997; Forum national sur la santé, 1998).

Dans cette perspective de réorientation des services, le secteur des soins à domicile est particulièrement ciblé comme un modèle de prestation de services de santé dans la communauté. La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002) recommandait justement la création d'un programme national de soins à domicile comme un moyen de desservir une population de plus en plus vieillissante qui fait croître l'incidence de problèmes de santé chroniques. Plusieurs provinces canadiennes possèdent déjà des services de soins à domicile, mais les services offerts diffèrent d'une province à l'autre. Quoique la création d'un programme national de soins à domicile va dépendre des instances politiques, l'importance et le rôle du secteur est désormais reconnu et les services offerts sont en pleine croissance (Association canadienne des soins et services à domicile, 2004; Gagnon et al., 2002).

Parallèlement au discours politique qui met l'accent sur l'importance que les individus et les collectivités prennent en charge leur santé, un certain discours professionnel s'inscrit dans la lignée du discours politique à l'égard des changements préconisés et fait appel à une modification des pratiques professionnelles pour soutenir cette autoprise en charge de leur santé. Ainsi, les expertises professionnelles doivent être mises au service de la population à l'intérieur d'une relation qui s'apparente plus à un partenariat qu'à une relation du type professionnel-expert (détenteur du savoir) avec la clientèle qui a besoin d'aide. On ne doit plus « dicter » à la personne les mesures à prendre pour solutionner ses problèmes mais plutôt collaborer avec elle, l'assister, la conseiller et la soutenir (Rappaport, 1985; Labonte, 1994, Kérouac et al., 2003; Villeneuve et MacDonald, 2006). On voit également apparaître des notions qui veulent s'éloigner des approches axées sur les problèmes et les déficits des personnes. L'accent

Chapitre 1

Problématique

est plutôt placé sur des connotations plus positives telles que « miser sur les forces de la personne » ainsi que « favoriser les compétences » (Dunst, Trivette et Deal, 1994; Santé Canada, 1997). Dans l'ensemble, l'appel est lancé pour que les gens jouent un rôle plus actif dans cette autoprise en charge et que les professionnels de la santé les soutiennent dans cette initiative.

Vu le contexte de la transition vers les services de santé dans la communauté et l'accent que l'on place sur l'autoprise en charge de sa santé, le terrain est propice pour entreprendre des recherches sur les interventions professionnelles qui puissent la soutenir. Cependant, de telles recherches se butent à plusieurs obstacles dont l'un des premiers est la signification même de l'autoprise en charge. On constate dans les écrits qu'il existe de multiples appellations pour la désigner, la rendant ainsi difficile à cerner. Dans une recension des écrits sur le sujet, Santé Canada (1997) confirme ce fait et indique qu'elles sont représentées par des concepts comme celui de l'*empowerment*, de l'autosoin, de l'autogestion ou de l'entraide. Elles sont aussi imbriquées dans des construits comme l'assurance de réussite « *self-efficacy* » ou le foyer de contrôle « *locus of control* ». D'ailleurs, l'Office de la langue française du Québec (2003) suggère d'utiliser le terme « autonomisation » pour désigner l'ensemble des appellations consacrées à une forme ou une autre de l'autoprise en charge de sa santé. Toutefois, l'utilisation de ce terme comme entité conceptuelle ne fait pas encore l'unanimité car il est jugé trop généraliste et ne reflète pas les différentes dimensions ou aspects qui vont au-delà de la question de l'autonomie (St-Cyr Tribble et al., 2003; Charpentier et Soulières, 2006). Outre les multiples appellations que l'on donne à la notion de l'autoprise en charge de sa santé, un autre constat est que les recherches sur les interventions pour la soutenir ne sont qu'à

leurs débuts. La recension des écrits révèle que les connaissances générées sur les pratiques qui la favorisent et leurs résultats sont en émergence et que d'autres recherches sont nécessaires.

Afin d'entreprendre une recherche sur l'intervention qui favorise l'autoprise en charge de santé, il y a lieu d'aller au-delà des multiples appellations et de concentrer les efforts sur les processus impliqués. L'un des moyens suggérés pour arriver à cette fin est de concevoir un concept comme celui de l'*empowerment*, ou des concepts reliés, comme possédant deux dimensions complémentaires : un processus d'habilitation et un processus d'appropriation. Le premier renvoie à l'intervention professionnelle visant à reconnaître, soutenir et mettre en valeur les capacités des individus à contrôler leur vie. Quant au processus d'appropriation, il renvoie au renforcement du sentiment de contrôle sur sa vie que l'individu acquiert à la suite de l'intervention (Paul et al., 1995; St-Cyr Tribble et al., 2003). De cette manière, il est possible d'outrepasser une appellation spécifique et d'examiner l'une ou l'autre des dimensions en fonction de l'intérêt du chercheur.

Dans la présente étude, la perspective adoptée est de centrer le choix sur le processus d'habilitation qui réfère à l'intervention infirmière de l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Le terme « autoprise en charge » est utilisé pour mettre l'accent sur les mesures qui visent non seulement l'autonomie des clientèles desservies, mais aussi sur le soutien apporté et la mise en valeur des capacités des personnes envers cette autoprise en charge. De plus, la notion de la prise en charge est fréquemment utilisée dans le discours sociosanitaire et dans le discours sur la pratique infirmière (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2003; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002; Santé et Mieux-être Nouveau-Brunswick, 2004). La définition

Chapitre 1

Problématique

conceptuelle adoptée pour la présente étude rassemble des éléments émanant de plusieurs écrits qui s'intéressent à l'intervention d'habilitation et se lit comme suit : le processus d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé renvoie à l'intervention professionnelle visant à reconnaître, soutenir et mettre en valeur les capacités des gens à exercer un contrôle sur les facteurs qui affectent leur santé, à poser des gestes concrets pour faire face à leurs problèmes de santé et améliorer leur état (Dunst et al., 1994; Gibson, 1991; Santé Canada, 1997; St-Cyr Tribble et al., 2003).

1.1 But et objectifs de la recherche

Le but de la présente étude est d'explorer en profondeur les éléments impliqués dans l'intervention infirmière favorisant l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé dans le contexte des soins à domicile. Plus précisément, les objectifs visés sont les suivants :

1. Décrire les interventions infirmières d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé à partir d'observations dans des situations réelles de soins à domicile.
2. Décrire les représentations des infirmières et des infirmiers de l'autoprise en charge de sa santé par la clientèle desservie à domicile.

1.2 Cadre de référence

Afin de guider la présente étude, un cadre de référence éclectique a été élaboré en intégrant plusieurs éléments qui se dégagent des connaissances en émergence sur l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge. Il s'agit d'une synthèse de la recension des études qui se sont penchées sur un aspect ou un autre de l'intervention d'habilitation. La représentation schématique de ce cadre est à la figure 1. Il est formé de trois cercles pour illustrer les composantes de bases qui sont présentes dans un processus

d'intervention. Le cercle à la gauche représente l'intervenante ou l'intervenant et celui de la droite est la clientèle desservie. Le cercle du centre illustre l'espace relationnel qui se crée entre le deux. Celui-ci est délibérément de circonférence plus grande parce que les écrits sont presque unanimes à souligner la centralité de cet aspect qui sert de point de départ pour expliquer le cadre.

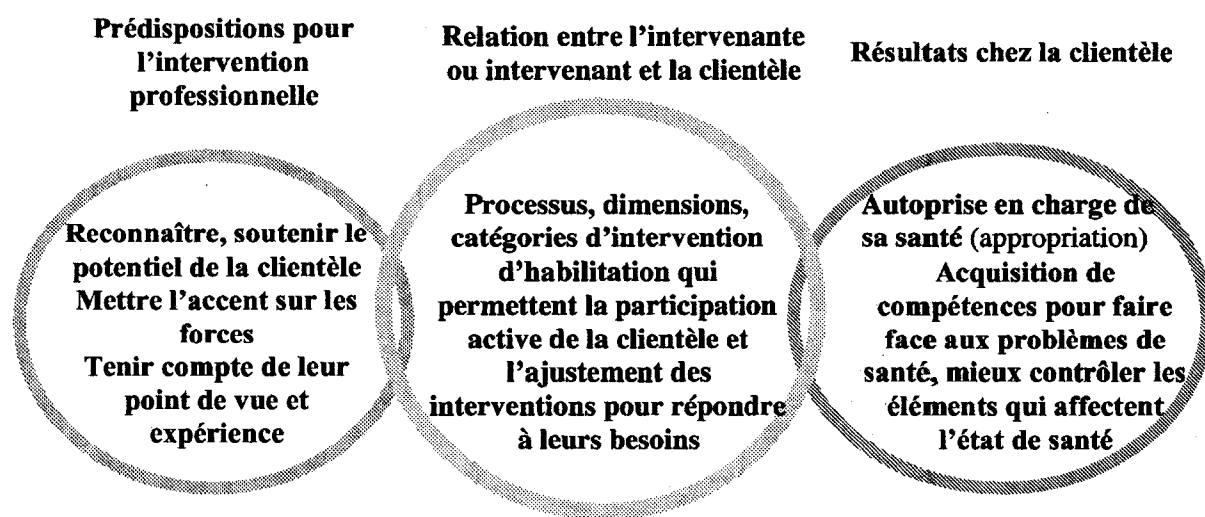


Figure 1 : Cadre de référence pour guider l'étude sur l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé

Relation entre l'intervenante ou l'intervenant et la clientèle

L'intervention d'habilitation se manifeste dans le cadre de la relation qui se développe entre les deux parties à partir de laquelle se réalisent les multiples interventions à l'autoprise en charge de sa santé. L'étude de l'intervention d'habilitation peut être abordée sous différents angles, soit comme un processus d'intervention (Chang, Li et Liu,

2004; Falk-Rafael, 2001; Gibson, 1995; McWilliam et al., 1997; Ouellet et al., 2000), des dimensions d'intervention (St-Cyr Tribble et al., 2003; 2005; 2006) ou des catégories d'intervention (Cossette, Frasure-Smith et Lespérance, 2002; Hughes et al., 2002; McBride et al., 2004; Naylor, Bowles et Brooten, 2000; Robinson et al., 1999). Quoiqu'il en soit, l'ensemble des recherches mettent en évidence son caractère multidimensionnel, voire holiste.

Les études décrivant un processus d'habilitation et d'autoprise en charge rendent compte du cheminement des personnes à travers d'étapes non-linéaires, mais toutes interreliées. Ce processus est influencé par la relation qui s'établit avec l'intervenante et l'intervenant qui ajuste son intervention en fonction des réactions des personnes (Chang et al., 2004; Falk-Rafael, 2001; Gibson, 1995; McWilliam et al., 1997; Ouellet et al., 2000). C'est à partir des études qui décrivent des dimensions ou des catégories d'intervention que l'on commence à obtenir une vision plus intégrée de la nature de l'intervention susceptible de soutenir l'autoprise en charge de sa santé. Les dimensions ou catégories identifiées sont le reflet des multiples fonctions de l'intervention. Il peut s'agir d'interventions qui renforcent le lien thérapeutique, soutiennent la prise de décision ou facilitent l'apprentissage. Ces recherches diffèrent dans leur description des dimensions ou catégories respectives, mais elles ont en commun la nature multidimensionnelle de l'intervention, laquelle se réalise avec la participation active de la clientèle et s'ajuste en fonction de leurs besoins (Cossette et al., 2002; Hughes et al., 2002; McBride et al., 2004; Naylor et al., 2000; Robinson et al., 1999; St-Cyr Tribble et al., 2003; 2005; 2006).

La plupart de ces recherches, qui sont de nature descriptive, ont été réalisées dans différents milieux de soins et plusieurs d'entre elles incorporent autant la perspective de la

Chapitre 1

Problématique

clientèle que celle des intervenantes ou intervenants. Ces études représentent un courant d'investigation qui vise la documentation de l'intervention d'habilitation. Ainsi, une base de connaissances sur le sujet est en train de se construire à laquelle s'ajouteront d'autres pouvant l'alimenter davantage.

Prédispositions pour l'intervention professionnelle

Plusieurs études qui s'intéressent à l'intervention d'habilitation font état de certaines prédispositions qui sont susceptibles d'influencer positivement ou même négativement, le cas échéant, le parcours vers l'autoprise en charge de sa santé de la part de la clientèle. Ces prédispositions sont apparentées à des valeurs, attitudes, croyances ou même philosophies d'intervention ayant un apport dans la manière dont l'intervention se réalise. Elles peuvent s'adresser à des caractéristiques individuelles de l'intervenante ou l'intervenant, mais elles sont aussi apparentées à des éléments systémiques tels la philosophie générale d'un système de santé qui cultive la dépendance de la clientèle au détriment de son autoprise en charge.

Parmi les prédispositions identifiées, on retrouve les suivantes : reconnaître et soutenir le potentiel de la clientèle, mettre l'accent sur ses forces et tenir compte de son point de vue. Il importe de distinguer les connotations plus positives par opposition aux attitudes axées sur les faiblesses, les déficits et le manque de valorisation de l'expérience de la clientèle. Ces prédispositions sont issues de recherches qui ont tenté d'opérationnaliser certains concepts reliés à l'habilitation et leurs instrumentations ont subi des tests de validation auprès d'utilisateurs de divers services (Dunst, Trivette et Hamby, 1996; Faulkner, 2001a, 2001b; Trivette, Dunst et Hamby, 1996; Trivette et al., 1995). D'autres prédispositions proviennent de devis descriptifs qui incorporent d'une

part la perspective des intervenantes et intervenants (McNaughton, 2000; Paul et al., 1995) et d'autre part celle de la clientèle (Falk-Rafael, 2001; Pooley et al., 2001; St-Cyr Tribble et al., 2003; 2005; 2006). Certaines autres études recensées s'inscrivent dans un courant critique des pratiques professionnelles en démontrant les défis de l'actualisation des pratiques d'habilitation dans un système résistant au changement de mentalité (Loft, McWilliam et Ward-Griffin, 2003; McWilliam et al., 2001; Patterson, 2001).

Conséquences et résultats pour la clientèle

Des études ont incorporé la dimension de l'appropriation à leurs devis afin de documenter les conséquences et résultats des pratiques d'habilitation pour la clientèle desservie. Un consensus se dégage en ce qui a trait aux pratiques qui sont susceptibles de faciliter chez la clientèle l'acquisition de compétences l'aidant ainsi à faire face à sa situation. Certaines études corrélationnelles ont démontré que le sentiment du contrôle perçu était amélioré (Dunst et al., 1996; Trivette et al., 1996; Trivette et al., 1995). Des études descriptives-évaluatives démontrent que le sentiment d'appropriation se répercute à plusieurs niveaux de la vie de la personne, dont l'amélioration de l'estime de soi, l'apprentissage et le développement d'habiletés pour faire face à leur situation, et la prise de décision éclairée (St-Cyr Tribble et al., 2003; 2005; 2006). Des études qui décrivent des processus d'habilitation abondent dans le même sens et ressortent plusieurs éléments similaires (Chang et al., 2004; Falk-Rafael, 2001; Gibson, 1995; McWilliam et al., 1997; Ouellet et al., 2000).

1.3 Pertinence de la recherche

Le savoir généré par la présente étude contribuera à augmenter les connaissances sur les interventions infirmières qui, en situation réelle de soins, favorisent l'autoprise en

charge de la situation de santé de la clientèle desservie. Une telle approche représente un premier pas dans la compréhension des processus impliqués dans l'intervention, de même que les éléments de contexte qui y sont reliés. Les résultats permettront ainsi de documenter des pratiques infirmières qui se soutiennent l'autoprise en charge des personnes dans un secteur de soins qui est en pleine expansion au Nouveau-Brunswick et ailleurs dans le pays (Association canadienne des soins et services à domicile, 2004; Gagnon et al., 2002; Santé et Mieux-être Nouveau-Brunswick, 2003; 2004).

Il existe également une relative congruence des discours théoriques en lien avec l'intervention infirmière et l'autoprise en charge de sa santé (Kérouac et al., 2003; Villeneuve et MacDonald, 2006). Par contre, les informations sur les représentations que se font les infirmières et infirmiers qui oeuvrent quotidiennement à l'autoprise en charge demeurent très limitées. La notion de représentations, dans le cadre de la présente étude, prend le sens de l'expression des valeurs, attitudes et savoirs partagés par un groupe de professionnels (Holstein et Gubrium, 2000; Jodelet, 1989). Par leur contact direct avec la clientèle, les infirmières et infirmiers détiennent un savoir pratique sur l'intervention d'habilitation. Connaître leurs représentations s'inscrit dans un effort de consultation auprès d'une profession qui joue un rôle de premier plan dans l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Les résultats de la présente étude permettront éventuellement de raffiner les recherches dans le domaine de l'habilitation à l'autoprise en charge, de contribuer au développement d'outils appropriés pour évaluer l'efficacité de l'intervention en soins à domicile et de fournir des pistes d'action pour guider la formation des intervenantes et intervenants.

Chapitre 2

Recension des écrits

Chapitre 2

Recension des écrits

Ce chapitre présente la recension des écrits scientifiques qui jettent un regard sur l'état des connaissances de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Tel que souligné dans le chapitre précédent, les appellations multiples dont on peut donner à la notion de l'autoprise en charge rend assez ardu le repérage des recherches pertinentes. La première partie du chapitre explique alors les stratégies de la recherche documentaire des écrits scientifiques qui ont été utilisées. Les recherches retenues pour la recension des écrits dans la deuxième partie sont divisées en quatre catégories, soit 1) intervention d'habilitation aux compétences familiales; 2) processus d'intervention menant à l'appropriation; 3) diverses modalités reliées à l'intervention d'habilitation, et 4) description d'interventions en soins à domicile.

2.1 Stratégies de recherche des écrits scientifiques

Une première stratégie de recherche conçoit l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé comme une dimension du concept de l'*empowerment*¹ (Paul et al., 1995; St-Cyr Tribble et al., 2003). Le chercheur avait préalablement fait une analyse du concept de l'*empowerment* dans le cadre d'un cours doctoral. Celle-ci a permis de saisir tout d'abord l'intérêt du concept dans plusieurs domaines de la santé, surtout depuis les années 1990, avec un nombre très élevé d'articles repérés dans les banques de

¹ Le terme *empowerment* sera utilisé au lieu de l'autonomisation parce que c'est le terme employé dans les recherches francophones recensées qui s'intéressent à ce concept.

données. Les principaux domaines de publication sont la promotion de la santé mentale (qui inclut les champs de psychologie et psychologie communautaire), la promotion de la santé (qui inclut les champs d'éducation à la santé et d'évaluation des programmes), la santé de la famille, la médecine et la santé des femmes. La nature multidisciplinaire de ce concept est évidente, regroupant les disciplines de la psychologie, du service social, des sciences infirmières et de la médecine. Par contre, malgré le nombre élevé d'articles, la majorité sont de nature discursive et ne reposent pas sur des études empiriques. On constate aussi que plusieurs conceptualisations co-existent et ne font pas nécessairement l'unanimité. De plus, les recherches servant à expliciter la nature du concept de l'*empowerment*, à soutenir les interventions et à les évaluer n'en sont qu'à leurs débuts.

En ce qui concerne les études empiriques, elles peuvent être classées selon deux principales approches : une qui est davantage communautaire ou collective et une autre qui est davantage individuelle ou familiale. L'approche communautaire ou collective concerne l'effet de la participation dans des groupes d'entraide et des organismes communautaires ou politiques sur l'*empowerment* (appropriation du pouvoir par les individus). Cette approche découle directement ou indirectement des travaux de Julian Rappaport (1981, 1984, 1985, 1987), responsable selon plusieurs d'avoir introduit le concept de l'*empowerment* comme sujet de recherche (LeBossé & Lavallé, 1993; LeBossé, 1996; Wallerstein, 1992; Wallerstein et Bernstein, 1994). Essentiellement, Rappaport (1987) et les tenants de cette approche conceptualisent l'*empowerment* comme un potentiel à développer et une ressource à éveiller qui s'actualise grâce à la participation dans les groupes d'entraide. Rappaport (1987) propose à la communauté des professionnels (intervenants et chercheurs) de s'inspirer de la façon de faire des groupes

Chapitre 2

Recension des écrits

d'entraide, de ce qu'il appelle les « *natural occurring helping systems* ». Avec les connaissances générées par l'étude de ce phénomène, il espère que les programmes d'intervention pourront être façonnés selon une idéologie de l'*empowerment* et contribuer au développement d'une communauté d'entraide. Les fondements de cette idéologie reposent sur des valeurs humanistes de justice et d'équité envers les plus démunis. Il insiste sur la nécessité d'envisager ces personnes comme des partenaires et des collaborateurs plutôt que des personnes dépendantes de l'aide des intervenantes et des intervenants et, enfin, de croire au potentiel des gens et en leur capacité de se prendre en main (Rappaport, 1987). Cette perspective est à la base de la plupart des conceptualisations de l'*empowerment*, lesquelles varient sensiblement en fonction des champs d'intérêt. On dénote surtout que c'est l'aspect du développement du potentiel qui a fait son chemin et autour duquel se sont érigées plusieurs des conceptions (LeBossé & Lavallé, 1993; LeBossé, 1996; Wallerstein, 1992; Wallerstein et Bernstein, 1994). La majorité des recherches qui découlent de cette approche s'intéressent aux diverses caractéristiques de cette participation collective et à comment celle-ci se répercute sur l'*empowerment* des individus et des collectivités (Wallerstein, 2006).

Quant à la deuxième approche, qui est davantage individuelle ou familiale, elle s'attarde plutôt aux caractéristiques de l'intervention professionnelle. Contrairement à l'approche précédente, on ne place pas l'*empowerment* dans un cadre de participation dans des groupes d'entraide ou d'organismes communautaires, mais dans le cadre d'une relation individu/intervenante-intervenant. L'approche individuelle incorpore deux dimensions de l'*empowerment* qui sont complémentaires : le processus **d'habilitation** et celui **d'appropriation**. Le premier renvoie à l'intervention professionnelle visant à

reconnaître, soutenir et mettre en valeur les capacités des individus à contrôler leur vie. Quant au processus d'appropriation, il renvoie au renforcement du sentiment de contrôle sur sa vie que l'individu acquiert à la suite de l'intervention (Paul & al., 1995; St-Cyr Tribble et al., 2003). Le fil conducteur des approches collective et individuelle demeure le développement du potentiel des individus, mais les deux approches diffèrent au plan des conditions de réalisations. La présente recension des écrits porte plutôt sur les recherches issues de l'approche individuelle, et plus particulièrement sur la dimension de l'habilitation parce qu'elle est congruente aux objectifs de la présente étude.

L'application de cette stratégie a permis de repérer une série d'études qui ont été examinées en fonction de ce qu'elles nous apprennent sur les diverses facettes de l'intervention d'habilitation. Un premier constat qui se dégage est le nombre limité de recherches sur l'intervention comme telle, et encore moins dans le domaine des soins à domicile. La stratégie de recherche des écrits a ensuite été étendue à des concepts connexes tels l'autosoin et l'autogestion afin de capter des recherches sur l'intervention d'habilitation qui ne sont pas classées uniquement comme des études portant sur l'*empowerment* proprement dit. Ces écrits ont aussi été examinés à la lumière de ce qu'ils nous apprennent sur l'intervention d'habilitation. Malgré que la majorité des recherches recensées ne soient pas du domaine des soins à domicile, la plupart touchent des adultes et ont été développées pour examiner une facette ou l'autre de l'*empowerment* en lien avec diverses situations ou problématique de santé. Les résultats de l'application de ces stratégies de recherche sont présentés dans les rubriques qui suivent.

Chapitre 2

Recension des écrits

2.2 Interventions d'habilitation aux compétences familiales

La recension des écrits a relevé plusieurs études qui se classifient dans le grand domaine de la santé familiale, plus particulièrement auprès de familles avec de jeunes enfants. Ces études s'intéressent principalement aux modalités d'interventions qui contribuent à l'habilitation aux compétences familiales. Elles sont classées en deux sous-catégories : les recherches qui décrivent les caractéristiques de l'intervention d'habilitation et celles qui décrivent l'intervention d'habilitation et le processus d'appropriation auprès de parents.

2.2.1 Caractéristiques de l'intervention d'habilitation

Les recherches recensées dans cette catégorie découlent des travaux d'une équipe de chercheurs d'un centre d'intervention familiale en Caroline du Nord. Ce centre a développé un modèle d'intervention systémique centré sur l'habilitation aux compétences familiales et basé sur une philosophie d'*empowerment* (Dunst, Trivette & Deal, 1988; 1994). Concrètement, l'équipe a développé une instrumentation qui permet d'évaluer les pratiques professionnelles favorisant l'habilitation aux compétences parentales de la clientèle ayant recours aux services d'aide familiale (Dunst et al., 1996).

C'est à partir de cet instrument, le « *Help-Giving Practices Scale* » (HGPS) que les caractéristiques de l'intervention d'habilitation peuvent être dégagées. L'instrument de 25 énoncés comporte deux sous-échelles. La première touche l'implication participative « *Participatory involvement* » et mesure la perception qu'a la clientèle des interventions proactives mettant l'accent sur le renforcement de leurs capacités et la promotion de nouvelles compétences personnelles et familiales. La deuxième sous-échelle, « *Helpgiver/helpseeker attributions* », mesure comment la clientèle perçoit l'intervenante

ou l'intervenant et comment elle croit avoir été perçue de sa part évaluant, par exemple, sa propension à l'écoute active, ses attitudes ou son approche. Par exemple, le fait que la clientèle se perçoit comme partenaire égal dans la relation est considéré comme un trait positif contribuant ainsi à l'*empowerment* (Dunst et al., 1996).

Des exemples des caractéristiques de l'intervention d'habilitation qui ont permis de générer des énoncés de l'instrument sont présentés au tableau 1. On constate que pour la sous-échelle de l'implication participative, l'intervention d'habilitation est caractérisée par la capacité de l'intervenante ou l'intervenant à placer la clientèle qui demande de l'aide au cœur de l'intervention. L'accent est mis sur ses préoccupations, ses capacités et forces de trouver des solutions à ses problèmes. Quant à la sous-échelle « *Helpgiver/helpseeker attributions* », elle met l'accent sur des traits ou attitudes de l'intervenante ou l'intervenant qui permettent à la clientèle de se sentir valorisée, écoutée et de réaliser que l'on tient à cœur ses intérêts. L'instrument est accompagné du « *Perceived Control Scale* » (PCS) qui mesure l'*empowerment* de la clientèle. Il s'agit d'un énoncé qui lui demande d'apprécier dans quelle mesure l'intervenante ou l'intervenant a réussi à mobiliser les ressources, les soutiens et les services qui lui étaient nécessaires. Cette mesure est dite représentative d'une dimension de l'*empowerment* sur le plan individuel (Dunst et al., 1996).

Trois recherches qui utilisent cette instrumentation ont été recensées. Elles sont des devis corrélationnels ayant tous le même objectif de comparer les interventions de différentes agences d'aide à la famille. On affirme comme hypothèse de départ que plus l'agence est centrée sur la famille, plus les scores sur le HGPS et sur le PCS seront élevés (Dunst et al., 1996; Trivette et al., 1996; Trivette et al., 1995). Afin de comparer les

Chapitre 2

Recension des écrits

Tableau 1
Exemples de caractéristiques de l'intervention d'habilitation du « *Helpgiver Practices Scale* »

Sous-échelle	Exemples de caractéristiques*
« <i>Participatory involvement</i> »	L'intervenante ou l'intervenant : <ul style="list-style-type: none"> • Procure de l'information sur les ressources qui vous sont disponibles • Travaille avec vous de manière collaborative • Promeut et met en valeur vos capacités • Encourage votre propre prise de décision • Appuie les décisions que vous avez prises • Donne des conseils qui vous sont utiles • Met l'accent sur des solutions possibles à vos problèmes • Met l'accent sur vos habiletés • Essaie de comprendre vos inquiétudes
« <i>Helpgiver/helpseeker attributions</i> »	L'intervenante ou l'intervenant : <ul style="list-style-type: none"> • Est honnête et sincère avec vous • Est chaleureux(se) et intentionné(e) avec vous • Écoute ce que vous avez à lui dire • Reconnaît votre appel à l'aide • Ne place pas de blâme sur la source de vos problèmes • Croit que vous êtes capable d'apprendre de nouvelles habiletés

*Traduit et adapté de Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (1996). Measuring the helping practices of human services program practitioners. *Human Relations*, 49, 815-835 (pp.831-832).

différentes agences, on procède à une classification *a priori* de leurs programmes d'intervention en fonction de leur philosophie d'intervention. Une typologie développée par l'équipe de recherche permet de classer ces programmes sur un continuum de 1 à 7, où 1 signifie que le programme est centré sur le professionnel et où la philosophie d'intervention est centrée sur les problèmes avec une faible participation de la clientèle. À l'autre extrême, un score de 7 signifie que le programme est centré sur la famille et où la

Chapitre 2

Recension des écrits

philosophie d'intervention mise davantage sur les forces et les compétences de la clientèle et vise leur participation à la résolution des problèmes. Dans l'ensemble, les résultats de ces trois recherches confirment l'hypothèse de départ : la clientèle des agences qui a un score plus élevé sur le continuum du type de programme présente aussi des scores plus élevés sur le HGPC. Il en est de même pour le PCS où la clientèle évalue plus positivement la capacité de l'intervenante ou l'intervenant à mobiliser les ressources qui lui sont nécessaires. Ces relations se maintiennent lorsque l'on contrôle aussi l'influence de différentes variables sociodémographiques. Selon les auteurs, ces résultats justifient la pertinence de programmes qui ont une philosophie d'intervention qui mise sur les forces et l'habilitation aux compétences ainsi qu'à la participation de la clientèle à la résolution de ses problèmes.

La principale limite de ces recherches est que peu d'informations sont fournies sur les paramètres utilisés pour classer les programmes en fonction de leur philosophie d'intervention. Cette clarification aurait été de mise puisque les agences évaluées sont à première vue très hétérogènes au plan des services dispensés et du type d'intervenants qui les composent. De plus, peu de données contextuelles sont présentées sur les modalités d'intervention, notamment la nature des problématiques que présentait la clientèle et la durée et le type d'interventions.

Hormis ces critiques, le fait que ce soit la clientèle qui évalue les interventions est un point fort de ces recherches et est cohérent avec l'idée de miser sur la participation des utilisateurs pour déterminer la pertinence et l'efficacité des services qu'ils reçoivent. Il a été cependant difficile de recenser des recherches plus récentes qui utilisent le « *Helpgiver Practices Scale* ». Des communications récentes présentées par les

Chapitre 2

Recension des écrits

principaux auteurs dévoilent que l'échelle est maintenant utilisée par plusieurs agences de services à la famille qui désirent améliorer la qualité de leurs services. L'échelle fournit des balises utiles pour analyser les aspects particuliers des interventions qui sont plus aptes à desservir leurs clientèles respectives (Dunst, 2005; Dunst, Trivette, et Cutspec, 2002; Dunst et Trivette, 2005; Wilson et Dunst, 2005).

2.2.2 Interventions d'habilitation auprès de parents et indicateurs d'appropriation

Les recherches dans cette catégorie se situent aussi dans le grand domaine de la santé familiale. Elles visent la description d'interventions professionnelles contribuant à l'*empowerment* des parents qui utilisent des services d'aide familiale. Elles ont aussi comme particularité d'intégrer à la fois la perspective des parents et celle des intervenants. Les quatre études retenues ont été réalisées au Québec dans le cadre des services d'aide familiale offerts par des Centres locaux de services communautaires (CLSC, devenus des Centres de santé et de services sociaux, CSSS). Les principales caractéristiques de ces recherches ainsi qu'une synthèse des résultats sont présentées au tableau 2.

L'étude de Ouellet et al. (2000) a été menée dans le cadre d'un programme spécifique d'aide à la famille en situation d'extrême pauvreté, soit le programme « Naître égaux – Grandir en santé » (NÉ – GS) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les familles sélectionnées pour participer à l'étude sont celles dont les intervenantes et intervenants jugeaient avoir déjà amorcé une démarche vers l'*empowerment*. Des entrevues ont été réalisées avec elles en deux temps : d'abord dans les 12 mois suivant la naissance d'un enfant et puis un an plus tard. Des entrevues ont aussi été réalisées avec les intervenantes et intervenants.

Chapitre 2

Recension des écrits

Tableau 2
Principales caractéristiques des recherches sur les interventions d'habilitation auprès de parents et indicateurs d'appropriation

Auteurs	Devis	Principaux objectifs	Participants	Faits saillants des résultats	
				Interventions d'habilitation	Indicateurs d'appropriation
Ouellet et al. (2000)	Qualitatif (Étude de cas, longitudinal)	Décrire le processus d' <i>empowerment</i> des familles et éléments d'intervention l'ayant soutenu	20 familles 17 intervenants	<ul style="list-style-type: none"> Intervention à un moment clé dans la vie familiale (ex. grossesse) Suivi prolongé et intense pour gagner confiance et vaincre méfiance Travail à partir du « projet » des parents Assistance pour l'utilisation de ressources communautaires et l'insertion sociale 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche de l'aide pour réaliser « projet » Réalisation par rapport au « projet » Amélioration des ressources personnelles (estime de soi, affirmation, motivation)
St-Cyr Tribble et al. (2003)	Qualitatif-évaluatif	Évaluer l'efficacité des pratiques visant l' <i>empowerment</i> chez des parents; décrire interventions d'habilitation et processus d' <i>empowerment</i> de parents de jeunes enfants	28 parents 14 intervenants	<ul style="list-style-type: none"> Contribuer au lien thérapeutique Travailler à partir du point de vue et des forces de la personne Encourager et soutenir la prise de décision Permettre l'élargissement de différentes possibilités Faciliter l'apprentissage 	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'estime de soi Prise de conscience et meilleur contrôle de la situation problématique Apprentissage et développement d'habiletés parentales Développement de relations avec réseau de soutien
St-Cyr Tribble et al. (2005)	Qualitatif-évaluatif	Examiner un mode d'évaluation systémique du fonctionnement familial en lien avec le développement de l' <i>empowerment</i> familial	10 familles 15 intervenants	<ul style="list-style-type: none"> Contribuer au lien thérapeutique Travailler à partir du point de vue et des forces de la personne Permettre l'élargissement de différentes possibilités Faciliter l'apprentissage 	<ul style="list-style-type: none"> Réflexion et prise de conscience de sa situation, des forces et besoins Apprentissage et développement d'habiletés parentales, sociales ou autres Passage à l'action en essayant de nouvelles façons de faire, en s'affirmant ou en mettant des projets à exécution
St-Cyr Tribble et al. (2006)	Mixte (descriptif longitudinal court)	Décrire interventions auprès des enfants et des parents; documenter processus d'appropriation des parents	16 familles (t ₁) 14 familles (t ₂) 12 intervenants	<ul style="list-style-type: none"> Contribuer au lien thérapeutique Travailler à partir du point de vue et des forces de la personne Encourager et soutenir la prise de décision Encourager l'utilisation des ressources communautaires Faciliter l'apprentissage 	<ul style="list-style-type: none"> Réflexion et prise de conscience de sa situation Développement de l'estime de soi Prise de décision éclairée Apprentissage et développement d'habiletés Passage à l'action Développement de relations avec réseau d'échange et de soutien Amélioration des conditions de vie

Le processus d'*empowerment* qui découle de l'analyse des données est décrit en fonction des approches conceptuelles utilisées pour la recherche. L'*empowerment* se manifeste d'abord par ce qu'on appelle le processus de devenir « sujet », décrit comme le moment dans la « trajectoire de vie » des parents où un bris s'effectue avec le passé et qui permet de mettre en marche un « projet » vers un futur choisi. La notion de « projet » devient centrale à l'intervention d'habilitation qui a soutenu ce processus d'*empowerment*. Le projet s'inscrit dans le contexte de vie des parents où ils tentent de rompre avec un passé parfois difficile. Il peut s'agir, par exemple, d'un projet de fonder une famille et de procurer une sécurité à leurs enfants qu'eux n'ont pas connue. Il peut s'agir aussi d'un projet de mettre fin à la dépendance de la Sécurité du revenu et de trouver un emploi ou de retourner à l'école. Quoiqu'il en soit, lorsque l'intervenant travaille à partir du projet du parent, la démarche vers l'*empowerment* peut se réaliser (Ouellet et al., 2000).

Les trois autres études dans cette catégorie ont été réalisées par différentes équipes de recherche dirigées par la même chercheuse principale (tableau 2). Elles se penchent sur l'étude de divers éléments associés à l'intervention d'habilitation auprès de parents de jeunes enfants utilisant les services d'aide à la famille de plusieurs CSSS de la région de l'Estrie, au sud-ouest du Québec.

Les deux premières études (St-Cyr Tribble et al., 2003; 2005) se situent à l'intérieur d'un programme de recherche de la composante CLSC du Centre affilié universitaire (CAU) du Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, en collaboration avec le Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE). Ce dernier a comme mandat de soutenir et de coordonner la

recherche et l'enseignement sur l'innovation clinique, pédagogique, scientifique et en transfert des connaissances. Ces deux études ont en commun d'avoir élaboré un devis qualitatif-évaluatif s'inspirant du processus d'évaluation de quatrième génération de Guba et Lincoln (1989). Essentiellement, ce processus d'évaluation est centré sur les utilisateurs (intervenantes et intervenants et clientèle). Il met à contribution leurs perceptions à toutes les étapes du processus de recherche. L'utilisation de ce devis s'avère propice pour étudier les modalités d'intervention qui se réalisent dans le « milieu naturel » en intégrant à la fois les éléments contextuels qui régissent l'intervention ainsi que les perceptions des dispensateurs des services et de la clientèle qui en est la cible. Les outils développés dans le cadre de ces recherches ont préalablement fait l'objet d'un groupe Delphi et se sont raffinés au cours de leur utilisation. De plus, le processus d'évaluation ainsi que les résultats qui découlent ces recherches contribuent à la formation des intervenantes et intervenants et contribuent ainsi à améliorer la pratique (St-Cyr Tribble et al., 2003; 2005).

Dans St-Cyr Tribble et al. (2003), ce processus d'évaluation a été utilisé pour obtenir d'une part la perspective des intervenantes et intervenants de première ligne sur leurs pratiques d'habilitation et, d'autre part, d'obtenir la perspective des parents sur leur expérience avec leur intervenante ou leur intervenant. Chaque intervenante ou intervenant a sélectionné parmi sa clientèle deux situations de soins dans lesquelles l'habilitation des parents avait été visée. Des entrevues ont d'abord été réalisées avec les parents et ensuite avec les intervenantes et intervenants. Les résultats démontrent que les pratiques d'habilitation utilisées par les intervenants se composent d'une variété d'attitudes et d'interventions en réponse à de nombreuses problématiques abordées par les parents au

Chapitre 2

Recension des écrits

cours du suivi (tableau 2). Elles ont été regroupées en cinq grandes catégories : 1) contribuer à la mise en place ou au maintien du lien thérapeutique (ex : écouter, manifester de l'intérêt pour le parent, utiliser un langage approprié); 2) travailler à partir du point de vue du parent et de ses forces (ex : inviter le parent à exprimer ses attentes et besoins, inviter le parent à nommer les forces qu'il reconnaît); 3) encourager et soutenir la prise de décision du parent (ex : inviter le parent à décider des besoins ou problèmes faisant l'objet de l'intervention et des objectifs poursuivis, accepter la décision du parent et adapter l'intervention au besoin); 4) permettre au parent d'élargir sa vision de ses possibilités (ex : informer, refléter, inviter le parent à se questionner) et 5) faciliter l'apprentissage de nouveaux savoirs, savoir-faire et savoir-être (ex : favoriser l'expérimentation de nouvelles façons de faire).

Les effets de ces pratiques d'habilitation comportent plusieurs indices qui sont associés à un processus d'appropriation. Ils sont centrés essentiellement sur des caractéristiques d'ordre intrapersonnel et interpersonnel ainsi que sur le développement de nouvelles compétences. Des exemples de ces caractéristiques se traduisent, entre autres, par le développement de l'estime de soi, la réflexion et la prise de conscience de la situation problématique et un meilleur contrôle sur celle-ci, l'apprentissage et le développement d'habiletés parentales ainsi que le développement de relations avec le réseau d'échange et de soutien (tableau 2).

Cette étude a le mérite de présenter un portrait plus intégré des éléments qui composent l'intervention d'habilitation associés à un processus d'*empowerment*. D'ailleurs, la présente recherche doctorale s'inscrit dans la poursuite de cette étude. Les outils de la collecte, abordés dans le prochain chapitre consacré aux aspects

Chapitre 2

Recension des écrits

méthodologiques, ont été développés en s'inspirant des résultats de cette étude, mais en les adaptant au contexte des soins à domicile.

Quant à l'étude de St-Cyr Tribble et al. (2005), elle intègre aussi un processus d'évaluation de quatrième génération, mais dans l'objectif d'examiner un mode d'évaluation systémique du fonctionnement familial. Tout comme la recherche précédente, la perspective de la clientèle et des intervenants a été mise à contribution pour examiner l'expérience de l'utilisation de ce mode d'évaluation. Le rapport de recherche comporte une analyse en profondeur de cette expérience. La présente recension porte davantage sur les aspects liés à l'intervention d'habilitation et aux indicateurs d'appropriation qui en découlent. Ces aspects ont été puisés de l'analyse qualitative des groupes de discussion qui ont eu lieu avec les intervenantes et intervenants en lien avec l'utilisation de l'évaluation systémique ainsi que des entrevues réalisées auprès des familles participantes.

Au plan des interventions d'habilitation, les résultats démontrent qu'elles peuvent être classées dans quatre des cinq catégories dégagées de l'étude de St-Cyr Tribble et al. (2003). Ainsi, des interventions étaient présentes dans les catégories suivantes : 1) contribuer au lien thérapeutique; 2) travailler à partir du point de vue et des forces de la personne; 3) permettre au parent d'élargir leur vision des possibilités; et 4) faciliter l'apprentissage. Quant aux indicateurs d'appropriation chez les familles, ils reflètent des éléments reliés à la prise de conscience de leur situation, l'apprentissage et le développement d'habiletés parentales ainsi que le passage à l'action (tableau 2).

La troisième étude de St-Cyr et al. (2006) diffère des deux autres aux plans contextuel et méthodologique. Elle a tout d'abord été réalisée à l'intérieur du programme

Chapitre 2

Recension des écrits

« Naître égaux – Grandir en santé » (NÉ – GS) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Elle intègre aussi une composante quantitative pour décrire les caractéristiques des enfants et des parents qui utilisent les services du programme dans différents établissements de la région de l'Estrie, en plus d'apprécier leur évolution dans le temps. Les caractéristiques examinées sont nombreuses et ont été répertoriées en utilisant une variété d'instruments de mesure centrés, par exemple, sur le développement de l'enfant et le fonctionnement familial. Ces instruments ont été administrés au début de la recherche et à nouveau un an plus tard. L'intérêt de la présente recension porte plutôt sur la partie qualitative dont les objectifs sont centrés sur la description des interventions d'habilitation et du processus d'appropriation (tableau 2).

La description des interventions d'habilitation a tout d'abord été réalisée par l'analyse du journal de bord de chaque intervenante ou intervenant dans lequel il documentait divers aspects reliés aux interventions réalisées. Les résultats démontrent que l'écoute active est l'attitude la plus adoptée (dans plus de 50% des interventions réalisées), alors que l'information aux parents a été l'action la plus souvent utilisée à 49,7% (St-Cyr Tribble et al., 2006). C'est par l'analyse qualitative des entrevues auprès des parents que les caractéristiques de l'intervention d'habilitation ainsi que les éléments associés à un processus d'appropriation ont été dégagés. Présentés au tableau 2, ils démontrent que les parents ont abordé des aspects de l'intervention pouvant être catégorisés selon les cinq catégories d'interventions et d'attitudes qui sont semblables à celles décelées dans St-Cyr Tribble et al. (2003; 2005). Il a aussi été possible de dégager plusieurs éléments associés à l'appropriation qui sont aussi cohérents avec ce qui a été constaté dans des recherches antérieures. Au terme de cette recherche, les auteurs

Chapitre 2

Recension des écrits

soulignent qu'il n'a pas été possible d'arriver à des conclusions définitives quant à l'efficacité du programme (NE – GS) au plan du développement des enfants et des habiletés parentales tels que mesurés au premier et deuxième temps de la recherche. Par contre, l'analyse qualitative des entrevues auprès des parents démontre des acquis certains au plan du développement personnel et de l'établissement de la relation avec leur enfant.

Cette partie de la recension a examiné des recherches catégorisées d'interventions d'habilitation aux compétences parentales émanant du domaine de la santé familiale. La première partie a rapporté des études d'un groupe de chercheurs qui ont développé une instrumentation qui mesure la propension des intervenants à utiliser des stratégies qui favorisent l'*empowerment* des familles ayant recours aux services d'aide à la famille. La deuxième partie s'est arrêtée à des études qui décrivent diverses facettes de l'intervention d'habilitation et des indicateurs d'appropriation auprès de parents qui utilisent des services d'aide familiale. De l'ensemble de ces études, ressortent des éléments qui misent sur le soutien des forces existantes de la clientèle et sa participation dans la résolution de ses problèmes. Elles ont également en commun de ressortir des éléments propres au processus interactionnel qui s'établit entre l'intervenante ou l'intervenant et la clientèle tel que l'établissement d'un lien de confiance et le respect mutuel. La recension se poursuit avec l'examen d'études qui regroupent d'autres domaines de la santé.

2.3 Description de processus menant à l'appropriation

Cette section est consacrée à quatre études qui décrivent un processus d'*empowerment* menant à l'appropriation chez diverses clientèles et dont certaines présentent aussi des aspects reliés aux interventions pouvant y contribuer. Elles ont

comme particularité d'être des recherches qualitatives et sont du domaine des sciences infirmières. Leurs principales caractéristiques sont résumées au tableau 3.

Gibson (1995) a procédé, à l'aide d'un devis qualitatif, à une description d'un processus d'*empowerment* auprès de mères ayant un enfant atteint d'une maladie chronique. À la différence des études de la section précédente, le contexte de cette étude se situe dans le milieu hospitalier et non dans une agence de services d'aide à la famille. Gibson (1991) avait préalablement effectué une analyse du concept d'*empowerment* dans laquelle elle soulignait la congruence entre les principes qui sous-tendent ce concept et les approches en science infirmière. Elle soulignait également la nécessité d'entreprendre des recherches qui puissent l'élucider davantage afin de l'intégrer à la pratique. C'est dans cette optique qu'elle a entrepris une recherche pour comprendre comment ces mères ont vécu leur *empowerment* en relatant leur expérience personnelle, d'une part par rapport à la maladie de leur enfant et, d'autre part, la manière dont elles ont réussi à exercer un contrôle sur leur situation.

Par la réalisation d'entrevues et l'observation participante durant les longues périodes d'hospitalisation de l'enfant, Gibson (1995) décrit un processus d'*empowerment* engendré par le sentiment d'impuissance des mères à l'annonce du diagnostic de leur enfant. Le début du processus est marqué par l'engagement et l'attachement envers leur enfant. Le processus est décrit par des phases séquentielles non-linéaires qui s'étalent dans le temps (tableau 3). La finalité de ce processus est l'atteinte de la compétence participative résultant de la lutte que les mères ont menée pour se tailler une place comme partenaire égal au sein de l'équipe de soins.

Tableau 3
Principales caractéristiques des recherches décrivant un processus d'appropriation

Auteurs	Devis	Principaux objectifs	Participants	Faits saillants des résultats	
				Processus	Indicateurs d'appropriation
Gibson (1995)	Qualitatif (longitudinal court)	Décrire processus d' <i>empowerment</i> auprès de mères ayant un enfant atteint d'une maladie chronique	12 mères	1) Découverte de la réalité 2) Réflexion critique sur leur situation 3) Prise en charge de la situation 4) Maintien de cette prise en charge Se termine par l'atteinte de la « compétence participative »	Positifs • Trouver une signification à leur expérience • Découverte de soi • Sentiment de maîtrise de la situation • Sentiment de satisfaction face aux nouvelles habiletés Négatifs • Sentiment de rejet; surcharge de responsabilité; moins de soutien
Falk-Rafael (2001)	Qualitatif	Décrire la conceptualisation de l' <i>empowerment</i> d'infirmières en santé publique et les stratégies d'intervention utilisées pour l'atteindre	24 infirmières en santé publique (validation des résultats auprès de 6 de leurs clients)	1) Développement de la relation de confiance 2) Soutien des intérêts de la clientèle 3) Transfert de connaissances pour faciliter l'acquisition d'habiletés 4) Renforcement des capacités	• Amélioration de l'estime de soi et du sentiment de confiance • Amélioration des relations avec les autres • Amélioration de la capacité de défendre ses propres intérêts et la prise de décision
McWilliam et al. (1997)	Qualitatif (Recherche-action, longitudinal court)	Décrire l'application d'une intervention individuelle de promotion de la santé auprès de personnes âgées atteintes de maladies chroniques	13 personnes âgées atteintes de diverses maladies chroniques	1) Développement d'un lien de confiance 2) Renforcement du lien de confiance 3) Développement de la sensibilité à l'égard de l'autre 4) Connaissance mutuelle 5) Création mutuelle de nouvelles possibilités à l'égard de l'expérience de santé	• Développement d'une meilleure connaissance de ses propres potentiels • Amélioration de l'estime de soi • Mobilisation des ressources personnelles pour faire face à sa situation
Chang et al. (2004)	Qualitatif (recherche-action, longitudinal court)	Décrire l'application d'une intervention individuelle pour engendrer un processus d' <i>empowerment</i>	15 personnes atteintes de divers cancers	1) Développement d'un lien de confiance 2) Évaluation des aspects qui causent le « <i>disempowerment</i> » 3) Facilitation de la pensée critique 4) Création mutuelle 5) Aiguillage vers des ressources et la rétroaction positive	• Redéfinir leur concept de la santé • Être confiant pour faire face à la maladie • S'impliquer activement dans la prise de décision sur le traitement • Revitaliser son sens de soi afin de vivre pour soi-même • Négocier les buts de son propre plan de soins • Avoir la force pour aider les autres vivant une situation similaire

Les indicateurs d'appropriation reflètent les effets au plan de la croissance personnelle et de l'acquisition de nouvelles habiletés pour maîtriser leur situation. Il faut noter aussi la présence d'aspects négatifs associés à leur expérience, notamment le rejet, la surcharge de responsabilités et le manque de soutien. L'auteure explique que pour atteindre cette compétence participative, les mères ont éprouvé des difficultés à se faire accepter par l'équipe de soins comme partenaires à part entière. Cette recherche ne se centre pas sur l'intervention d'habilitation comme telle. Par contre, elle appuie l'intervention professionnelle qui pourrait favoriser la compétence participative par l'inclusion de la famille comme partenaire de soins pour l'aider à exercer un contrôle sur leur situation et ainsi contribuer à leur *empowerment*.

Falk-Rafael (2001) a aussi entrepris une étude pour décrire un processus d'*empowerment*, mais à partir de la perspective d'infirmières canadiennes en santé publique. L'étude comportait deux phases : d'abord une série de groupes de discussion avec les infirmières et, dans un deuxième temps, la validation des résultats auprès de la clientèle identifiée par les infirmières comme ayant atteint l'*empowerment*. Les résultats démontrent que les infirmières conceptualisent l'*empowerment* comme un processus de croissance actif et personnel ancré dans le système de croyance de la personne. L'*empowerment* engendre un mouvement vers l'actualisation de son potentiel et se réalise dans le contexte de la relation infirmière/clientèle. Quatre stratégies d'interventions sont inhérentes à ce processus, soit le développement de la relation, le soutien des intérêts de la clientèle, le transfert des connaissances et l'acquisition de compétences ainsi que le renforcement des capacités. Pour la clientèle, les résultats du processus se répercutent par des changements au plan personnel, au plan des relations avec les autres et au plan des

Chapitre 2

Recension des écrits

comportements (tableau 3). L'auteure conçoit alors le processus d'*empowerment* comme l'un où se produit une « évolution de la conscience » et propose un modèle de « *empowered caring* ». Selon ce modèle, l'*empowerment* se réalise par l'entremise de la relation qui s'établit entre l'intervenante ou l'intervenant et la clientèle. Par les stratégies d'intervention, la participation active de la clientèle et sa prise de conscience de ses potentiels permettent d'évoluer vers un état d'*empowerment*.

McWilliam et al. (1997) et Chang et al. (2004) ont aussi décrit un processus d'*empowerment*, mais à partir d'une recherche-action dans laquelle on applique une intervention infirmière pour la favoriser. McWilliam et al. (1997) ont développé une intervention à partir de la théorie de la transformation perspective (*theory of perspective transformation*) de Mezirow (1991, cité dans McWilliam et al., 1997). Essentiellement, cette intervention est centrée sur un processus de dialogue réflexif entre l'intervenante et la personne soignée. Il vise la réflexion critique sur l'expérience de santé et de maladie vécue par la personne en vue de la transformer. Quant à Chang et al., leur intervention a été développée selon la perspective de l'entrevue dialogique de Paolo Freire (1970, cité dans Chang et al., 2004). Elle repose également sur un processus de dialogue réflexif entre l'intervenante et la personne et vise la conscientisation à la cause de ses problèmes, aux potentiels inhérents et à la mobilisation de ses ressources internes afin de trouver des solutions aux problèmes encourus. Bien que ces deux études aient basé leur intervention sur des approches différentes, l'application de l'intervention, l'analyse des résultats ainsi que la nature des résultats sont relativement similaires.

Dans les deux études, l'intervention a été appliquée par l'intermédiaire de multiples sessions individuelles d'une intervenante auprès de leurs participants respectifs.

Chapitre 2

Recension des écrits

C'est par l'analyse qualitative du contenu de ces sessions qu'on est arrivé à décrire le processus d'*empowerment* ainsi que les indicateurs d'appropriation qui en découlent. Le tableau 3 résume l'ensemble de ces résultats. On constate que les processus mettent l'accent sur le développement du lien de confiance entre l'intervenante et la personne, qui permet le cheminement à travers les autres étapes. L'*empowerment* se réalise grâce à ce cheminement et est marqué par l'acquisition d'habiletés et le renforcement de ressources personnelles pour mieux faire face à sa situation de santé. Au cœur de cette intervention se trouve l'établissement de la relation thérapeutique. Le processus d'*empowerment* décrit dans ces deux recherches démontre qu'il nécessite un certain temps pour se réaliser. Dans McWilliams et al. (1997), le processus s'est échelonné sur une période de 12 à 16 visites (sans mentionner sur combien de temps les visites se sont échelonnées), alors que dans Chang et al. (2004), les entretiens ont eu lieu sur une période de trois mois. On peut critiquer ces études au plan du manque de données contextuelles quant à la mise en œuvre de l'intervention et sur comment les circonstances particulières de chaque situation ont pu influencer les processus décrits. D'autres recherches seront nécessaires pour démontrer comment une telle intervention peut s'actualiser dans la pratique infirmière courante.

En somme, ces quelques recherches qui décrivent un processus d'*empowerment* ont en commun de présenter un cheminement des personnes à travers diverses étapes qui permettent l'acquisition d'habiletés et le renforcement des ressources personnelles pour faire face à leur situation. À l'exception de l'étude de Gibson (1995), l'accent est placé sur le processus interactionnel qui s'établit entre l'intervenante ou l'intervenant et la personne comme une composante essentielle à ce processus. Il faut aussi souligner la nature descriptive de ces études réalisées avec des devis qualitatifs. Par ce fait, elles

regroupent donc un petit nombre de participantes et participants démontrant ainsi que l'état des connaissances sur un processus d'*empowerment* est encore en émergence.

2.4 Diverses modalités reliées à l'intervention d'habilitation

Cette section de la recension examine des études ayant été réalisées à partir de perspectives différentes, mais dont les résultats permettent un regard sur diverses modalités reliées à l'intervention d'habilitation. Il s'agit pour la plupart de recherches qualitatives dans lesquelles on inclut la perspective de diverses clientèles et de différents groupes de professionnels de la santé. Elles ont été examinées à la lumière de ce qu'elles nous apprennent sur l'intervention pouvant favoriser ou même défavoriser l'habilitation. Les principales thématiques qui se dégagent de ces études sont présentées au tableau 4. On constate qu'elles sont centrées sur des interventions particulières ou des attitudes qui influencent l'habilitation et ont, comme toile de fond, des éléments associés à l'établissement de la relation thérapeutique.

L'étude de Paul et al. (1995) vise une description des interventions infirmières qui favorisent l'habilitation aux compétences parentales en se centrant spécifiquement sur le processus de communication interpersonnelle. On conçoit ce processus comme une composante de l'intervention d'habilitation qui est liée à l'écoute de la clientèle, à la reconnaissance de la validité de son point de vue et à sa façon de se représenter la réalité. De nature qualitative et exploratoire, la recherche a été réalisée en collaboration avec 13 infirmières faisant des visites post-natales à domicile et avec 27 parents d'un premier bébé. La collecte de données s'est faite par l'entrevue semi-dirigée et l'enregistrement audio de l'entretien de l'infirmière avec les parents. L'analyse des données a été réalisée

selon la taxonomie de Stiles (1978, 1992, cité dans Paul et al., 1995), laquelle permet de catégoriser les modes de communication verbale.

Tableau 4
Thématiques reliées aux modalités de l'intervention d'habilitation

Thèmes	Études
• Être à l'écoute (des préoccupations, problèmes)	(McNaughton, 2000; McWilliam et al., 2001; Paul et al., 1995; Pooley et al., 2001)
• Tenir compte de l'expérience et des connaissances de la personne (avec maladies, soins, situations)	(McNaughton, 2000; McWilliam et al., 2001; Patterson, 2001; Paul et al., 1995; Pooley et al., 2001)
• Prendre le temps nécessaire avec la clientèle (pour entretiens, échanges, accomplir les tâches, connaître les besoins)	(Faulkner, 2001a, 2001b; McNaughton, 2000; Patterson, 2001; Paul et al., 1995; Pooley et al., 2001)
• Avoir une continuité des soins	(Patterson, 2001; Pooley et al., 2001)
• Échanger, fournir de l'information	(Faulkner, 2001a, 2001b; McNaughton, 2000; McWilliam et al., 2001; Patterson, 2001; Paul et al., 1995; Pooley et al., 2001)
• Faire participer, impliquer la clientèle dans la planification des soins	(Faulkner, 2001a, 2001b; Loft et al., 2003; McWilliam et al., 2001; Patterson, 2001; Pooley et al., 2001)
• Établir un partenariat égalitaire avec la clientèle	(Loft et al., 2003; McWilliam et al., 2001; Patterson, 2001)
• Respecter le choix de la clientèle	(Faulkner, 2001a, 2001b;)
• Être respectueux, respectueuse envers la clientèle	(Faulkner, 2001a, 2001b;)
• Miser sur les forces et les potentiels de la clientèle	(Loft et al., 2003; McWilliam et al., 2001; Paul et al., 1995)

Les résultats démontrent que les infirmières vont chercher l'expérience du parent dans une proportion de 53% de l'ensemble de leurs communications verbales (score moyen). Elles présument connaître l'expérience du parent dans une proportion de 27% (score faible) et se réfèrent au cadre de référence du parent dans une proportion de 69% (score élevé). Il faut noter que ces résultats ne sont pas une évaluation de l'interaction entre l'infirmière et le parent, mais soulèvent plutôt la variété des modes de communication verbale qui est présente dans le cadre de l'intervention. Paul et al. (1995) sont d'avis qu'une connaissance de ces modes permet de saisir leurs effets sur le processus interactionnel. Lorsque l'infirmière met l'accent sur l'écoute, plus d'espace interactionnel est accordé aux parents et les échanges basées sur leur expérience deviennent prédominantes. L'intervention d'habilitation aux compétences parentales en est ainsi favorisée. Cette étude était l'une des premières à se pencher sur l'intervention d'habilitation proprement dite. Toutefois, le fait de restreindre l'analyse uniquement aux modes de communication ne permet pas de saisir d'autres aspects qui sont présents lors des visites post-natales. La taxonomie de Stiles utilisée dans cette recherche s'est avérée moins appropriée pour capter les aspects liés par exemple, aux soins directs qui sont prodigués, à la communication non-verbale qui est présente ainsi qu'à l'interaction avec d'autres membres de la famille.

L'étude de Pooley et al. (2001) jette également de la lumière sur des modalités d'intervention susceptibles d'influencer un *empowerment* de la clientèle. Elle a été réalisée auprès de 47 personnes atteintes de diabète de type II et vivant à domicile dans deux régions sociosanitaires de l'Angleterre et auprès de 38 professionnels de la santé qui procurent des services de santé à cette clientèle dans diverses agences de soins primaires.

L'échantillon des professionnels est varié, mais on décompte 17 infirmières. Le but de cette recherche qualitative était d'explorer la perception des professionnels et de la clientèle vis-à-vis les facteurs essentiels à la gestion efficace du diabète de sorte à favoriser l'*empowerment*. La collecte de données s'est faite par l'entrevue semi-dirigée. L'analyse du contenu des entrevues a permis de dégager cinq thèmes clés pour l'ensemble des participants : 1) l'importance d'avoir suffisamment de temps lors des consultations afin de pouvoir poser des questions et de fournir l'information appropriée afin d'établir un plan d'action qui convienne aux deux parties; 2) l'importance de la continuité des soins auprès du même professionnel de la santé; 3) le besoin de la clientèle d'avoir l'opportunité de poser des questions durant les consultations, d'où l'importance de créer un espace interactionnel approprié; 4) l'importance pour la clientèle de ressentir qu'on les écoute et que l'on tienne compte de leur expérience avec la maladie et 5) l'importance de tenir compte de l'unicité de l'expérience de la clientèle afin de développer un plan d'action taillé aux circonstances particulières de celle-ci. Pooley et al. (2001) soulignent leur étonnement quant à la congruence des thèmes ressortis dans les deux groupes d'échantillon. En guise de recommandation, ils incitent les agences de soins primaires à structurer la livraison de leurs services de façon à permettre un environnement de consultation apte à répondre aux besoins exprimés par leur clientèle.

L'étude de McNaughton (2000) diffère des autres parce que l'auteur a procédé à une analyse secondaire de recherches qualitatives faites auprès d'infirmières en santé publique faisant des visites à domicile dans le cadre de programmes de santé maternelle et infantile. Le but était de produire une synthèse des résultats afin de dégager des thèmes communs. L'analyse portait sur 14 recherches réalisées entre 1992 et 1997. En utilisant la

méthodologie qualitative de Miles et Huberman (1994), l'auteur a alors fait une analyse de contenu systématique des résultats. La synthèse démontre que le développement de la relation entre l'infirmière et la clientèle est le thème le plus prédominant. D'intérêt pour la présente recension, la synthèse dégage plusieurs stratégies d'interventions, regroupées selon trois principales fonctions : 1) les stratégies pour développer et maintenir la relation infirmière/clientèle (par exemple écouter les préoccupations et problèmes et planifier les visites selon les désirs de la clientèle); 2) les stratégies pour connaître la clientèle (dont la principale est de comprendre leur expérience selon leur contexte de vie) et 3) les stratégies pour offrir de l'aide (fournir des conseils et de l'information pour l'aiguillage vers les ressources appropriées et individualiser les interventions aux particularités de la clientèle, par exemple). Selon McNaughton (2000), cette synthèse illustre la centralité de la relation thérapeutique qui caractérise le travail infirmier.

La prochaine série de recherches concernant des volets particuliers du concept de l'*empowerment* et illustrent jusqu'à quel point ce concept est étudié à partir de diverses perspectives. Dans Faulkner (2001a), on tente de développer et valider des modèles d'interaction personnel/clientèle dichotomique destinés aux personnes âgées hospitalisées. Il est espéré que ces modèles et l'instrument de mesure qui en découle (Faulkner, 2001b) puissent servir d'indicateurs pour les interventions qui favorisent ou défavorisent l'*empowerment*. Selon cette perspective, l'*empowerment* est conceptualisé comme les comportements du personnel hospitalier qui facilitent l'indépendance des personnes âgées et leur sentiment de contrôle dans le milieu hospitalier. Bien que ces recherches ne soient pas du domaine des soins à domicile, le modèle d'interaction qui en

découle peut s'appliquer à plusieurs domaines où l'on prodigue des soins aux personnes âgées.

Les deux modèles, désignés « *Model of empowering care* » et « *Model of disempowering care* » et l'instrument « *Patient Empowerment Scale* » (PES), ont été développés à partir de la recension des écrits, la consultation d'infirmières et la validation auprès de personnes âgées. Les analyses factorielles subséquentes ont permis d'en dégager les trois principales composantes, présentées au tableau 5 (Faulkner, 2001a). À l'examen, ces composantes révèlent qu'un amalgame d'interventions et d'attitudes influencent les modes d'interaction entre le personnel et les clients qui vont promouvoir ou inhiber leur sentiment d'indépendance dans le milieu hospitalier.

L'aspect dichotomique des modèles se remarque d'une part par les interventions qui font la promotion de l'indépendance, de la conscience des besoins et l'échange d'information comme des éléments qui favorisent l'*empowerment*. D'autre part, les éléments qui le défavorisent sont à l'opposé, centrés sur la contrainte de la collaboration, la domination (attitudes et actions dérogatoires envers la personne) et l'indifférence face aux besoins (Faulkner, 2001a; 2001b).

Le PES a été soumis à un échantillon de 102 personnes âgées hospitalisées de différents départements. Il s'est démontré sensible à déceler des différences dans la perception (Faulkner, 2001b). Toutefois, l'auteur admet qu'il ne donne qu'un score global des perceptions et qu'il n'indique pas dans quelle mesure les personnes âgées vivent l'*empowerment*. Néanmoins, il suggère que l'instrument, en combinaison avec d'autres indicateurs de la qualité des soins, peut servir à porter attention à l'amélioration des soins qui font la promotion de l'indépendance pour les personnes âgées dans un milieu

Chapitre 2

Recension des écrits

hospitalier. L'auteur propose quelques raffinements de l'instrument ainsi que la poursuite des recherches pour parfaire son application. Cependant, il n'a pas été possible de recenser d'autres recherches plus récentes qui utilisent cet instrument.

Tableau 5
Principales composantes des modèles et de l'instrument de Faulkner*

<i>« Model of empowering care » et nombre d'énoncés du PES</i>	<i>« Model of disempowering care » et nombre d'énoncés du PES</i>
Composante 1	
Promouvoir l'indépendance de la personne (3 énoncés) Sous-composante -Allouer le temps nécessaire à la personne d'accomplir ces tâches (1 énoncé)	Contraindre la collaboration de la personne dans la planification des soins (3 énoncés) Sous-composantes -Imposer des événements à la personne (2 énoncés) -Ne pas respecter le choix à la personne (1 énoncé)
Composante 2	
Être conscient des besoins de la personne (5 énoncés)	Domination (7 énoncés)
Composante 3	
Promouvoir l'échange d'information (8 énoncés) Sous-composantes -Promouvoir les possibilités de la personne à faire des choix (3 énoncés) -Discuter des options de soins qui se présentent (1 énoncé)	Indifférence envers les besoins du patient (4 énoncés) Sous-composantes -Négligence (1 énoncé) -Ne pas informer la personne des soins (1 énoncé)

Traduit et adapté de Faulker, M. (2001a). Empowerment and disempowerment : models of staff/patient interaction. *NT Research*. 6(6), 936-948.

Les trois prochaines recherches se centrent aussi sur la relation qui s'établit entre les intervenantes ou intervenants et leur clientèle. Cependant, elles examinent spécifiquement la question du partenariat de soins qui s'établit entre les différents acteurs impliqués dans la relation. On examine, entre autres, si ces partenariats s'établissent de

manière égalitaire tel que préconisé dans plusieurs conceptions de l'*empowerment* dont celle de Rappaport (1981, 1984, 1985, 1987) rapportée brièvement au début de cette recension. Ces études font une mise en garde contre une idéalisation de l'*empowerment* sans se soucier de la manière dont il s'actualise dans la pratique et sans égard aux principes qui le sous-tendent. Dans cette optique, on peut situer ces recherches dans un courant critique de l'*empowerment* dans lequel on remet en question une philosophie d'intervention qui cultive l'expertise professionnelle par opposition à l'une qui mise sur les forces et les potentiels de la clientèle. Ces recherches sont examinées en fonction de ce qu'elles nous apprennent sur les modalités d'intervention qui favorisent l'habilitation de la clientèle. Elles utilisent un devis qualitatif et ont été réalisées auprès d'une variété d'intervenantes et d'intervenants et de diverses clientèles.

La première étude est celle de McWilliams et al. (2001), réalisée auprès d'une agence de soins à domicile qui dessert une variété de clientèles dans une région de l'Ontario. En utilisant un devis qualitatif phénoménologique, l'étude avait comme but d'explorer l'expérience quotidienne des soins à domicile avec une attention particulière sur la façon dont se réalise l'*empowerment* dans le partenariat de soins. L'échantillon de convenance était ainsi composé de six clientes ou clients atteints de maladies chroniques, de six proches aidantes – aidants et de neuf fournisseurs de services à domicile (trois aides-familiales, trois infirmières, deux thérapeutes et un travailleur social). L'analyse décrit l'expérience de l'*empowerment* comme un vacillement entre un *empowerment* limité et un « *disempowerment* » dans lequel les savoirs, statuts et autorités sont contraints (*constrained knowledge, status and authority*) pour toutes les parties impliquées. On explique que cette expérience se manifeste de deux manières. Tout d'abord, les personnes

sont enclines à poursuivre les objectifs et attentes du système de santé et des professionnels par opposition à la poursuite des objectifs et attentes de la clientèle. Ensuite, elles sont enclines à se centrer sur des problèmes dont la résolution nécessite l'intervention d'un professionnel, par opposition à une centration sur les forces et le potentiel de la clientèle.

À la lumière de ces résultats, McWilliam et al. (2001) préconisent une reconfiguration des rôles professionnels qui soit davantage centrée sur une philosophie qui mise sur la reconnaissance des forces et la contribution de chacun dans un partenariat égalitaire dans le processus lié aux soins. Les auteurs reconnaissent évidemment la nature idéale de cette recommandation, mais proposent tout de même plusieurs orientations servant de modalité d'interventions (tableau 4). Celles-ci reposent sur l'écoute des préoccupations tout en tenant compte de l'expérience et des connaissances acquises de la clientèle par rapport à sa situation et l'échange d'information. L'implication active de la clientèle dans la planification des soins est aussi de mise afin d'éviter la dépendance envers la ou le professionnel et de promouvoir l'utilisation de ses forces et son potentiel.

Loft et al. (2003) ont entrepris une étude similaire à la précédente, mais avec un échantillon de convenance composé de neuf personnes âgées ayant subi une chirurgie de remplacement total de la hanche ou du genou et qui recevaient des soins à domicile. L'analyse a dégagé cinq thèmes relatifs à leur expérience. Le premier thème, celui du désir de maintenir leur indépendance, est à la base de l'établissement de la relation avec les membres de l'équipe de soins. Le deuxième thème est décrit comme l'appréciation des services de soins à domicile, et ce malgré une forte dépendance de ces services. Selon les auteurs, cette dépendance expliquerait en partie l'émergence du troisième thème, soit

celui de s'attendre à, et de mettre en pratique une relation inégalitaire avec les membres de l'équipe de soins. Cette relation se manifestait par la subjugation totale ou partielle aux directives de ceux-ci. Le quatrième thème est celui de s'attendre à, et de mettre en pratique une relation plus égalitaire avec les aides familiales. On suggère que l'émergence de ce thème pourrait être expliquée par le fait que ces aides ont pu établir une bonne relation grâce à leurs visites plus fréquentes sur une plus grande période de temps. Le dernier thème à émerger des données est celui de se sentir peu impliqué comme partenaire de soins. Plusieurs participants ont exprimé se complaire dans cette situation, voire même la désirer. Ce constat amène les auteurs aux mêmes conclusions que celles de la recherche précédente, soit que des relations inégalitaires dans les partenariats de soins entravent la maximisation des potentiels de la clientèle et sont contraires à une philosophie d'*empowerment*. Le fait que certains participants disent se complaire dans une relation qui ne maximise pas leur potentiel porte à certaines réflexions. Il se peut que certaines personnes ne soient pas nécessairement intéressées ou ne désirent pas s'impliquer davantage dans leurs soins. Or, on peut se demander s'il faut aussi tenir compte de facteurs tels la volonté ou la motivation des personnes à se prendre en charge en plus de la relation égalitaire. Les résultats de cette recherche suggèrent que les personnes doivent aussi apprendre à développer leur potentiel pour vivre l'*empowerment*. Les auteurs reconnaissent ce fait dans leur discussion et soulignent la nécessité de poursuivre la recherche sur ce point.

La dernière recherche examinée est celle de Patterson (2001). Il s'agit d'une étude par théorisation ancrée réalisée auprès de 22 personnes atteintes de diabète de type I dans une ville canadienne. Le but était d'explorer le processus de la prise de décision en lien

avec leur diabète. Les participants étaient des personnes ayant appris à très bien gérer leur diabète au plan de leur autosoin. Ils ont été divisés en deux groupes, soit ceux choisies par des internistes et ceux s'étant portées volontaires. L'analyse des données révèle que c'est par l'établissement d'un véritable partenariat de collaboration entre les professionnels de la santé et les personnes atteintes du diabète qu'il devient possible de participer activement dans la prise de décision. Cependant, un peu plus de la moitié des participants ont rapporté avoir établi ce genre de partenariat. Pour les autres n'ayant pas vécu ce partenariat, on a identifié deux principaux obstacles : le premier est lié au fait que la ou le professionnel de la santé ne tient pas compte des connaissances acquises par les diabétiques à force de vivre avec leur maladie. Le deuxième obstacle découle du fait que la ou le professionnel ne fournit pas les ressources nécessaires afin que la personne puisse faire des choix appropriés pour ses autosoins. Les principaux facteurs contribuant à ces obstacles reposent sur les modes de communication inappropriée entre les deux parties, le manque de continuité entre les professionnelles ou professionnels et le manque de temps lors des consultations. Cette recherche a surtout examiné la relation entre le médecin et la personne atteinte de diabète. Patterson est d'avis que l'actualisation de l'*empowerment* dans la pratique nécessite la reconfiguration des rôles des professionnels. Le modèle de professionnel comme expert n'est pas compatible à une habilitation vers l'*empowerment*.

En résumé, les études qui jettent de la lumière sur diverses modalités de l'intervention d'habilitation regroupent une variété de thématiques. Ces thèmes sont pour la plupart des éléments associés à la relation thérapeutique qui sont susceptibles d'agir sur ou d'influencer une forme ou une autre de l'*empowerment* de diverses clientèles desservies par les professionnelles ou professionnels de la santé. Tout comme les

recherches de la section précédente sur le processus de l'appropriation, la majorité des recherches de la présente section est également de nature descriptive voire exploratoire, reflétant ainsi le caractère émergeant des connaissances sur le sujet. D'autres recherches seront nécessaires pour élucider davantage les éléments impliqués dans l'intervention d'habilitation menant à l'*empowerment*.

2.5 Description d'interventions en soins à domicile

Cette dernière section de la recension des écrits se penche sur des recherches en soins à domicile. Selon Schumacher et Marren (2004), la description des interventions infirmières par l'utilisation des systèmes de classification est l'une des tendances dans ce domaine. Cinq études ont été recensées pour illustrer cette tendance. Elles n'ont pas été réalisées dans une perspective d'*empowerment* comme tel, mais les descriptions des interventions qui en découlent sont en lien avec une forme ou une autre d'autoprise en charge de santé. Elles partagent plusieurs points en commun : elles décrivent les interventions par l'analyse des notes infirmières inscrites au dossier de la clientèle, et ce à l'intérieur de programmes d'intervention, et elles incluent des infirmières spécialisées, dont des infirmières praticiennes (Robinson et al., 1999; Hughes et al., 2002; Naylor, et al., 2000), des infirmières formées dans un programme d'intervention (Cossette et al., 2002) et des infirmières gestionnaires (McBride et al., 2004).

Les études de Robinson et al. (1999) et de Hughes et al. (2002) sont examinées conjointement parce qu'elles proviennent d'une même équipe de recherche utilisant le même système de classification. Il s'agit du NILT (*Nursing Intervention Lexicon and Taxonomy*) de Grobe et Hughes (1993, cité dans Robinson et al., 1999 et Hughes et al., 2002). Ce système de classification comprend sept catégories d'interventions qui reflètent

l'ensemble des activités dites cognitives, physiques et mentales réalisées par les infirmières dans le but de maintenir et améliorer l'état de santé d'un individu (Hughes et al.). Aux fins de concision, ces catégories d'intervention sont présentées et décrites brièvement au tableau 6.

Les résultats présentés dans Robinson et al. (1999) et Hughes et al. (2002) proviennent d'analyses secondaires des données issues d'un essai clinique randomisé évaluant l'efficacité d'interventions infirmières à domicile sur la qualité de vie de personnes âgées atteintes de cancer. Les visites à domicile ont été faites à la suite du congé de l'hôpital pour une intervention chirurgicale reliée au cancer. Dans Robinson et al. (1999), l'analyse secondaire porte sur une partie de l'échantillon du groupe expérimental de cet essai clinique et se concentre sur les personnes atteintes de cancer de la prostate. Dans Hughes et al. (2002), l'analyse regroupe des personnes atteintes de divers types de cancer. Les analyses portent sur la documentation de trois visites à domicile et de cinq entretiens téléphoniques pour chaque client, s'étalant sur une période de quatre semaines.

Dans Robinson et al. (1999), les notes narratives de 32 personnes atteintes de cancer de la prostate ont été analysées. Six infirmières praticiennes se sont partagées les soins aux personnes, mais chaque personne a reçu les soins de la même infirmière. Les principaux résultats démontrent que 1 399 interventions ont pu être décelées par l'analyse avec la grille du NILT, réparties dans toutes les catégories d'interventions. Cependant, la majorité se retrouvent dans la catégorie de l'information et de l'enseignement (45%), suivi de la catégorie psychosocial (20%) et de la surveillance (10%). Les autres catégories représentent moins de 10% des interventions.

Chapitre 2

Recension des écrits

Tableau 6
Aperçu des systèmes de classification des interventions

NILT (Robinson et al., 1999; Hughes et al., 2002)		NILT adapté (Cossette et al., 2002)	
Catégories d'intervention*	Description	Catégories d'intervention*	Description
Détermination des besoins	Évaluation des besoins en fonction de l'état de santé, préoccupations et croyances, habiletés fonctionnelles et cognitives (ex : évalue capacités de faire un pansement, évalue l'inquiétude par rapport à un diagnostic)	Cognition	Réduction des émotions négatives (ex : aide à prioriser les buts, recadre la situation, renforce la résolution des problèmes)
Surveillance	Évaluation de l'état physique, mental, émotionnel, surveillance des appareils thérapeutiques (ex : évalue l'état d'hydratation, efficacité de la médication)	Éducation	Augmentation des connaissances et le sens de contrôle (ex : enseigne sur les facteurs de risques, fait la démonstration d'une technique de soins)
Gestion de l'environnement	Évaluation de l'environnement physique, de soutien et le contexte familial (ex : réfère la personne à un groupe de soutien ou autres ressources)	Soutien émotionnel -écouter, -rassurer/encourager, -conseiller	Réduction du sentiment de détresse (ex : écoute les préoccupations, renforce la prise de décision, donne des conseils sur l'utilisation de ressources communautaires)
Générale	Maintien et amélioration de la santé physique (ex : fait un pansement, encourage la mobilisation)	Gestion	Réduction du stress en aidant à traiter avec les ressources du système de santé (ex : coordonner les soins avec les autres professionnels et les ressources communautaires)
Psychosociale	Soutien psychologique (ex : écoute les préoccupations, encourage les initiatives, donne du soutien émotionnel)		
Cognition et contrôle	Renforcement de l'autosoin et de l'indépendance fonctionnelle (ex : soutien la prise de décision, encourage l'autosoin)		
Information et enseignement	Soutien dans l'acquisition de l'information (ex : donne de l'information sur le régime médicamenteux, enseigne sur les signes d'infection et autres)		
		(Suite à la page suivante)	

Tableau 6 (suite)
Aperçu des systèmes de classification des interventions (suite)

NIC (McBride et al., 2004)		The Omaha System (Naylor et al., 2000)	
Domaines d'intervention*	Description	Schémes d'intervention*	Description
Système de santé	Soutien à l'utilisation efficace des services du système de santé (fait la gestion de cas, fournit de l'information, guide vers les services et ressources nécessaires)	Enseignement et conseil	Soutien à la participation de clientèle dans ses autosoins (ex : donne de l'information, encourage la participation dans les soins, aide dans la prise de décision).
Sécurité	Promotion de la sécurité personnelle (prévient les chutes, identifie les risques à la sécurité)	Traitements et procédures	Prévention de la détérioration de l'état de santé (ex : identifie les facteurs de risques, donne des médicaments, initie une thérapie et autres).
Comportemental	Soutien au fonctionnement psychosocial et facilitation des changements dans le style de vie (écoute, fait de l'enseignement sur la maladie, les médicaments et autres)	Gestion de cas	Coordination et continuité des soins (ex : réfère à d'autres services, coordonne les soins avec l'équipe).
Physiologique complexe	Évaluation pour la gestion et l'application du régime thérapeutique (aide à gérer le régime médicamenteux et autres)	Surveillance	Détection, mesure, analyse critique et monitoring (ex : vérifie la satisfaction des besoins, évalue l'environnement physique et de soutien et autres).
Familial	Soutien à la famille et à l'entourage immédiat (soutien la famille, favorise son implication dans les soins)		
Physiologique de base	Évaluation de la satisfaction des besoins de base (vérifie l'appétit, le sommeil, la respiration et ainsi de suite...)		

*Les catégories, domaines ou schémas d'interventions ont été traduits et adaptés à partir des articles respectifs

Dans Hughes et al. (2002), l'analyse des notes narratives a été étendue chez 148 personnes atteintes d'une variété de cancers (prostate, n=39; sein, n=27; gastro-intestinal, n=30; poumon, n=34 et tête et cou, n=18). Aucune information n'est fournie sur la différence dans le nombre de personnes atteintes de cancer de la prostate de la recherche précédente, ni sur le nombre d'infirmières praticiennes qui ont prodigué les soins. Les résultats documentent 7 275 interventions, et ce, à travers toutes les catégories d'interventions. À l'instar de la recherche précédente, ce sont les interventions dans la catégorie de l'information et de l'enseignement qui dominent avec 43%. Elles sont suivies de la catégorie psychosociale (16%), de la détermination des besoins (13%), de la surveillance (12%) et de la gestion de l'environnement (11%). Les deux dernières catégories, générale et cognition et contrôle suivent avec 3% et 2% des interventions respectivement. Malgré certaines différences dans la distribution des interventions entre les différents types de cancers, cette distribution suit la même tendance que l'échantillon total.

La recherche de Cossette et al. (2002) fournit également une description d'interventions infirmières à domicile. Il s'agit d'une analyse secondaire de données provenant d'un essai clinique randomisé qui évaluait l'effet d'un programme d'intervention psychosociale domiciliaire pour réduire la détresse psychologique chez des personnes en période post-infarctus du myocarde. Les interventions ont été classées selon un système de classification qui est une adaptation du NILT de Grobe et Hughes (1993, cité dans Cosette et al., 2002) utilisée dans les recherches précédentes, avec l'ajout de composantes spécifiques à la psychothérapie (Eliott, 1985; Lambert et Bergin, 1992, cité dans Cossette et al., 2002) et aux soins infirmiers psychiatrique (Haber et al., 1997, cité

dans Cossette et al., 2002). L'analyse porte sur un échantillon de 431 personnes (36,2% de femmes) du groupe expérimental qui ont un score élevé de détresse psychologique à leur sortie de l'hôpital. On a alors examiné les interventions infirmières à domicile qui ont agi sur leur détresse psychologique en fonction des problèmes et besoins exprimés. Les résultats portent sur les deux premières visites à domicile faites par 12 infirmières. Les faits saillants des résultats soulèvent au-delà de 5 800 problèmes et besoins exprimés par la clientèle. Pour la majorité des problèmes et besoins exprimés, les infirmières ont documenté des interventions à travers toutes les catégories de leur système de classification (tableau 6). Par exemple, l'un des besoins fréquemment exprimés est en lien avec symptômes physiques cardiaques. Les infirmières ont indiqué utiliser des interventions dans la catégorie de la cognition telles que recadrer la situation et aider à prioriser les buts. Plusieurs interventions ont été documentées dans la catégorie éducation, telles que de faire de l'enseignement sur la maladie et les médicaments ainsi que dans la catégorie du soutien émotionnel dont écouter, soutenir la prise de décision et de conseiller sur l'utilisation des ressources dans la communauté.

McBride et al. (2004) ont également décrit des interventions infirmières à domicile. Il s'agit d'une analyse secondaire de données d'un essai clinique randomisé destiné à évaluer l'efficacité des interventions auprès des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (n=90) durant les six premières semaines à la suite de l'obtention de leur congé de l'hôpital. Cette analyse a permis de décrire les interventions documentées par deux infirmières gestionnaires de cas en utilisant le système de classification NIC (*Nursing Intervention Classification*) de McCloskey et Bulechek (2000, cité dans McBride et al., 2004). Ce système utilise une série de domaines

d'intervention large à partir desquels des interventions spécifiques peuvent être classées (tableau 6). Les résultats indiquent que 27% des interventions documentées correspondent au domaine du « système de santé », suivies d'interventions du domaine de la « sécurité » (24%). Les interventions du domaine « comportemental » arrivent en troisième rang (18%), suivies de celles du domaine « physiologique complexe » (15%). Des interventions spécifiques au domaine de la « famille » ont aussi été notées (11%) et arrivent au cinquième rang. Les interventions du domaine « physiologique de base » (5%) terminent la classification dont les interventions ont surtout été centrées sur la nutrition.

Une dernière recherche en soins à domicile provient de Naylor et al. (2000) dans laquelle on a décrit les interventions à domicile d'infirmières praticiennes. Il s'agit d'une analyse secondaire de données provenant d'un essai clinique randomisé évaluant l'efficacité d'un programme de planification de congé et de suivi de personnes âgées après leur hospitalisation. L'analyse porte sur une partie de l'échantillon du groupe d'intervention dont 15 personnes atteintes de divers problèmes médicaux (ex : infarctus du myocarde, infection respiratoire) et de 15 personnes ayant subi diverses interventions chirurgicales (ex : pontage coronarien, résection abdominale). L'étude visait l'identification des problèmes vécus par ces personnes en lien avec le rétablissement de leur état de santé et de documenter les interventions infirmières réalisées par rapport à ces problèmes. À l'instar des autres recherches recensées en soins à domicile, les problèmes et les interventions ont été dégagés par l'analyse de la documentation infirmière au dossier des personnes. Le système de classification Omaha « *The Omaha System* » (Martin et Sheet, 1992, cité dans Naylor et al., 2000) a servi de grille d'analyse. Cette classification permet de regrouper les problèmes vécus selon quatre domaines en fonction

de leur source soit, environnementale, psychosociale, physiologique et comportementale. Les interventions se regroupent en quatre catégories appelées schèmes d'intervention (tableau 6) en fonction de 62 « cibles » pré-établis. Les résultats, au plan des interventions, indiquent que c'est la catégorie de la surveillance qui a dominé avec 66%, suivi de l'enseignement et conseil (20%) et de la gestion de cas (14%).

Les recherches dans le domaine des soins à domicile contribuent à élucider la nature des interventions infirmières. Même si ces recherches ne se sont pas attardées spécifiquement à l'autoprise en charge de sa santé, on peut facilement faire le lien de la contribution des interventions infirmières pour l'habilitation à l'autoprise en charge. Ce qui est particulièrement pertinent de ces recherches émergentes sur l'intervention, c'est qu'elles démontrent la nature multidimensionnelle des interventions qui peuvent être classées, aux fins de description, dans diverses catégories. L'examen de ces recherches ne permet pas de porter un jugement sur la pertinence d'un système de classification par rapport à un autre. Par contre, les résultats renforcent ceux d'autres recherches (St-Cyr Tribble et al., 2003, 2005, 2006; Falk-Rafael, 2001) qui démontraient justement la nature multidimensionnelle de l'intervention d'habilitation.

2.6 Synthèse de la recension des écrits

L'ensemble de la recension révèle le caractère naissant des connaissances sur l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. On constate la prédominance d'études descriptives recoupant plusieurs secteurs reliés aux services de soins de santé. Les connaissances en émergence sur l'intervention d'habilitation sont reflétées dans le cadre de référence éclectique présenté à la figure 1 du chapitre précédent. Bon nombre d'études mettent l'accent sur l'établissement de la relation de confiance entre

l'intervenante et la clientèle et sur sa participation active à la résolution de ses problèmes. Il s'agit en fait du thème central se dégageant de la recension. Parallèlement à ce thème, plusieurs études abordent des prédispositions pour l'intervention professionnelle, centrées sur les notions de la reconnaissance et du soutien du potentiel de la clientèle et sur l'importance de miser sur leurs forces et de tenir compte de leur expérience. Des recherches émergentes en soins à domicile, consacrées à la documentation des interventions infirmières, soulignent la nature multidimensionnelle de l'intervention à travers les catégories propres à leur système de classification. Dans l'ensemble, ces études soutiennent les effets bénéfiques de l'intervention d'habilitation sur plusieurs domaines de la vie de la clientèle. Les aspects qui nécessitent un approfondissement sont, entre autres, l'articulation des stratégies d'intervention d'habilitation dans divers contextes de soins et la documentation de la perspective des intervenantes et intervenants dans l'application et l'adaptation de ces stratégies dans leur secteur de soins respectif.

C'est dans cette optique que la présente recherche doctorale a été entreprise en poursuivant deux objectifs soit la description des interventions infirmières d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé à partir d'observations de situations réelles de soins à domicile et la description des représentations qu'ont les infirmières et infirmiers de l'autoprise en charge de sa santé par la clientèle desservie à domicile. Il est espéré qu'une telle recherche puisse jeter de la lumière sur les éléments impliqués dans l'intervention à l'autoprise en charge de santé et ainsi contribuer à augmenter nos connaissances sur le sujet.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

La présente recherche vise la description des interventions d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé à partir de situations réelles de soins à domicile. Elle vise également de connaître comment les infirmières et infirmiers du secteur des soins à domicile se représentent cette autoprise en charge.

Ce chapitre présente les choix méthodologiques afin d'atteindre ces objectifs. Le devis de recherche est d'abord présenté, suivi d'une description du terrain de recherche et de la stratégie de sélection des participantes et participants. Les instruments de collecte des données sont également présentés ainsi que les modalités entourant la collecte et l'analyse des données. En dernier lieu, nous abordons les dispositions prises à l'égard de la rigueur scientifique du processus de recherche de même que les considérations éthiques.

3.1 Devis de recherche

Un devis de recherche d'orientation ethnométhodologique permet l'atteinte des objectifs de la présente étude (Boyle 1994; Holstein et Gubrium, 2000; Leininger, 1985a). Aussi appelé ethnographie centrée sur une expérience particulière (connue en anglais sous le nom de « *particularistic or focused ethnography* »), ce type d'approche ethnographique permet de porter l'attention sur un groupe social particulier, en l'occurrence, les infirmières et les infirmiers du secteur des soins à domicile. Cette démarche permet la

compréhension des normes, règles et valeurs culturelles partagées par ce groupe dans le contexte de leur travail (leurs représentations) et comment elles sont reliées au phénomène d'intérêt (Boyle, 1994; Holstein et Gubrium, 2000; Jodelet, 1989).

L'une des principales caractéristiques de l'approche ethnographique est sa capacité de s'immiscer dans le monde des personnes à l'étude afin de comprendre le phénomène d'intérêt à partir de leurs perspectives (perspective *émique*). Cette démarche fait en sorte qu'on ne peut se séparer du contexte dans lequel se produit le phénomène. Cependant, dans le processus d'analyse de données, on se distancie du phénomène pour le situer dans une perspective plus large afin d'obtenir une description scientifique de l'observation (perspective *étique*) (Boyle, 1994; Morse 1994; Leininger, 1985a; Pepin, 1996). L'ethnographie permet aussi la triangulation des méthodes de collecte des données. Elle exige un travail sur le terrain (*fieldwork*) dans lequel on peut utiliser les données provenant d'entrevues, d'observations participantes directes ou indirectes, ou d'autres sources, contribuant ainsi à la profondeur et à la véracité de l'analyse (Boyle, 1994; Miles et Huberman, 1994). La présente recherche utilise l'entrevue semi-structurée et l'observation directe non-participante des situations réelles de soins à domicile.

Afin de faciliter l'atteinte des objectifs, le devis intègre aussi à sa démarche une adaptation des stratégies de l'incident critique et des cas contrastants. Ces stratégies ont servi à guider les infirmières et infirmiers dans leur sélection de situations réelles de soins pouvant faire d'abord l'objet d'observation par le chercheur et, dans un deuxième temps, de discussion lors des entrevues. La stratégie de l'incident critique permet à l'infirmière de réfléchir sur une situation de soin pour effectuer un choix qui lui est significatif (Minghella et Benson, 1995; Redfern et Norman, 1999a; 1999b). En ce qui a trait à la

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

stratégie des cas contrastants, elle permet de varier les données à la source parce que le locuteur doit comparer, expliquer ou mettre en évidence les raisons pour lesquelles une situation diffère d'une autre (Miles et Huberman, 1994). Dans cette optique, les infirmières et infirmiers participants ont sélectionné deux cas de soins parmi leur clientèle : soit un cas pour lequel l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé se déroule relativement bien et un autre cas pour lequel cette autoprise en charge présente certaines difficultés. En plus d'être compatibles avec le devis ethnographique centré sur une expérience, ces stratégies contribuent à la profondeur de l'analyse des données.

3.2 Terrain de la recherche

La recherche s'est déroulée dans trois unités locales du Programme Extra-Mural (PEM) de la Régie régionale de la santé Beauséjour, située dans le sud-est de la province du Nouveau-Brunswick. Ces unités font partie d'un programme provincial de soins à domicile. La mission du PEM est décrite comme suit et est compatible avec l'objet de la présente recherche centrée sur l'étude de l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé est :

« d'offrir une gamme complète de services de soins de santé coordonnés aux personnes de tout âge en vue de la promotion, du maintien ou du rétablissement de la santé dans le cadre de leur vie quotidienne, ainsi que d'offrir des services de soins palliatifs visant à soutenir la qualité de vie des personnes atteintes de maladies évolutives pouvant provoquer la mort. » (Santé et Mieux-être Nouveau-Brunswick, 2003, p. 2).

Établi comme un projet pilote en 1977, le programme recevait officiellement ses lettres d'accréditation en 1981. Depuis lors, le programme a connu une expansion sans précédent et, depuis 1993, il s'étend dans toutes les régions de la province. Les services de santé dispensés sont déterminés en fonction des besoins de la clientèle et englobent les

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

soins aigus, palliatifs, à long terme, de réadaptation et d'oxygénothérapie. Ils sont dispensés par divers professionnels de la santé (ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux, nutritionnistes cliniques) dont la majorité sont des infirmières. La clientèle est habituellement aiguillée au programme par un médecin. La philosophie qui sous-tend la prestation des services est basée sur les besoins de la clientèle et est déterminée selon une approche interdisciplinaire (Santé et Mieux-être Nouveau-Brunswick, 2003; Cormier-Daigle et al., 1995; Ferguson, 1993). Des statistiques récentes démontrent qu'en 2004-2005, 420 670 visites à domicile ont été effectuées et 136 170 services cliniques ont été dispensés par téléphone. Les infirmières ont effectué 69% des visites (289 337) et répondu à 68% des appels téléphoniques (92 634) (Santé et Mieux-être Nouveau-Brunswick, 2006).

Les trois unités locales du PEM ayant servi de terrain recherche desservent des territoires spécifiques à l'intérieur du bassin populationnel de la Régie régionale de la santé Beauséjour. Elles sont l'Unité Blanche-Bourgeois (région métropolitaine de Moncton et ses environs), l'Unité de Shédiac (municipalité de Shédiac et ses environs) et l'Unité Stella-Maris-de-Kent (comté de Kent). Ces trois unités sont typiques des autres régions sociosanitaires du Nouveau-Brunswick qui desservent des clientèles urbaines, semi-urbaines et rurales.

3.3 Participantes et participants à l'étude

L'échantillon de convenance se compose de 14 infirmières et d'un infirmier¹. Selon le dispositif choisi, chaque infirmière devait choisir deux clients ou clientes à

¹ Afin d'alléger le texte, le terme « infirmière » sera désormais utilisé lorsqu'il sera question des participantes à l'étude.

l'intérieur de sa charge professionnelle afin que le chercheur l'accompagne lors de la visite à domicile aux fins d'observation de l'intervention. Cette clientèle se compose de 17 femmes et de 13 hommes.

Les critères d'admissibilité pour les infirmières et leur clientèle figurent au tableau 7. Ceux-ci ont été établis conjointement avec la direction du PEM et en consultation auprès des infirmières lors de la phase préparatoire à la collecte des données. Dans le cas des infirmières, six mois d'expérience dans le PEM ont été jugés suffisants puisque la majorité des infirmières qui intègrent le PEM ont déjà plusieurs années d'expérience professionnelle. Les infirmières faisant du remplacement sporadique ou ponctuel ont été exclues étant donné qu'elles ont une charge professionnelle variable selon les circonstances et qu'elles risquent d'être moins familières avec les particularités des situations de soins à domicile.

Le principe ayant sous-tendu l'établissement des critères pour la clientèle sélectionnée par les infirmières est de connaître la situation de santé et de soins de chaque personne. De plus, il était souhaité que les situations choisies puissent illustrer les multiples interventions que les infirmières réalisent dans le cadre de leur travail à domicile. Le critère d'un suivi d'au moins cinq visites a été retenu car il permettrait d'éviter des situations où l'infirmière est appelée à faire une visite de routine à court terme dans le cas, par exemple, d'un suivi pour une chirurgie d'un jour. Il en est de même pour le critère d'exclure les personnes résidant dans un milieu avec un service infirmier professionnel. Les infirmières du programme sont souvent appelées en consultation pour ces cas, mais n'ont pas l'entière responsabilité des soins prodigués. En dernier lieu, les personnes en phase terminale de leur maladie ont été exclues afin d'éviter une intrusion à

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

cette étape de leur vie. Aucun critère diagnostique n'a été appliqué pour la sélection de la clientèle. Cette décision a été prise à la suite de la phase préparatoire à la collecte et sera expliquée dans une section ultérieure.

Tableau 7
Critères d'admissibilité à l'étude

Infirmières
<ul style="list-style-type: none"> • Être la gestionnaire de cas primaire du client pour lequel la situation de soins sera observée • Avoir au moins six mois d'expérience de travail dans le programme • Sont exclues les infirmières qui font du remplacement sporadique ou ponctuel
Clientèle (sélectionnée par les infirmières)
<ul style="list-style-type: none"> • Être âgée de 18 ans ou plus • Être suivie par une infirmière à domicile ou dans une maison d'hébergement sans services infirmiers. • Être suivie pour une période d'au moins cinq visites et nécessiter des interventions d'enseignement, de soutien ou autres en plus de recevoir des soins infirmiers d'ordre technique • Accepter la présence du chercheur pour l'observation et accepter l'enregistrement audio durant la visite • Sont exclues les personnes qui résident dans un endroit qui offre un service de soins infirmiers (centre d'hébergement ou autres) ou celles qui sont en phase terminale de leur maladie

La question de la taille de l'échantillon pose certains défis compte tenu de la nature descriptive et exploratoire de la présente recherche. Le phénomène de l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé est très peu documenté. De plus, les recherches sur les interventions ayant utilisé une composante observationnelle sont rares. Morse (2000) indique qu'il est difficile d'établir un consensus sur la taille de l'échantillon pour une recherche qualitative. Elle propose plutôt d'établir certaines balises pour guider l'établissement d'une taille qui est convenable. Au nombre de ces balises, sont la nature et l'étendue de la ou des questions de recherche. Plus la question est large et plus le

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

phénomène est méconnu, plus il peut devenir nécessaire d'élargir le nombre de participants afin d'en capter les composantes essentielles. Une autre balise à considérer est celle du dispositif de la collecte de données proprement dit. Ici, la question de la faisabilité entre en jeu parce qu'il faut considérer le nombre d'événements de collecte du dispositif, les étapes et le temps requis pour les réaliser, ainsi que la disponibilité des sujets à l'étude.

En tenant compte de ces balises lors de la planification de la collecte, l'objectif initial était de viser 50% des effectifs infirmiers dans chacune des trois unités locales déjà mentionnée, ce qui aurait donné une taille de 20 infirmières et de 40 observations de situations réelles de soins à domicile. Une fois la collecte de données débutée, toutefois, il est devenu évident que cet objectif était ambitieux en raison de nombreux obstacles d'ordre logistique. Il était difficile pour un seul chercheur d'assumer toutes les tâches de recrutement des infirmières, de fixer les rendez-vous pour les visites à domicile suivis des entrevues avec les infirmières participantes. Il fallait aussi prendre en considération la disponibilité des infirmières qui devaient accommoder le chercheur à l'intérieur de leur charge de travail habituelle ainsi que la disponibilité du chercheur à coordonner son horaire avec celui des infirmières. L'ensemble de ces facteurs a permis d'opter en faveur d'un moins grand nombre de personnes participantes et de tenir compte davantage du nombre d'événements (visites, observations, entrevues) permettant de trianguler les données et de s'assurer d'un corpus assez dense. Il faut néanmoins souligner la contribution de la direction des unités locales du PEM dans le recrutement, ainsi que la collaboration des infirmières participantes dont plusieurs ont modifié leur horaire pour accommoder le chercheur.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Il a été possible de recruter 15 infirmières et d'effectuer 30 visites à domicile chez leurs clientèles, donnant un total de 45 événements pour l'analyse (15 entrevues et 30 situations de soins observées). Il a alors été possible de se conformer à deux autres balises proposées par Morse (2000), soit la qualité des données obtenues et l'atteinte de la saturation des données lors de l'analyse. La qualité des données obtenues s'est avérée très satisfaisante. Les situations de soins sélectionnées par les infirmières participantes ont permis d'obtenir des données d'observations riches en contenu résultant des nombreuses interventions lors des visites à domicile. Ensuite, les entrevues avec chaque infirmière ont exposé de multiples perspectives en matière d'intervention d'habilitation et d'autoprise en charge de sa santé. L'analyse des données, qui s'est effectuée de manière concomitante avec la collecte, a permis de constater l'atteinte de la saturation des données. Par exemple, au plan de l'analyse des visites à domicile, la typologie descriptive des interventions dégagées a atteint son point de saturation vers le mi-parcours de la collecte. Les analyses subséquentes n'ont pas dégagé de nouvelles interventions. Il en est de même pour l'analyse des entrevues. Hormis les différences dans les contextes spécifiques aux situations de soins, il y avait plusieurs redites et similitudes au plan des multiples thèmes abordés. Les données recueillies se sont donc avérées suffisantes pour atteindre les objectifs de la recherche.

3.4 Outils de collecte de données

Cette section présente les outils de collecte de données qui ont été élaborés et utilisés dans la présente recherche. Il s'agit de la grille d'observation pour les visites à domicile, du guide d'entrevue semi-structurée avec les infirmières et des fiches de

renseignements sociodémographiques de l'infirmière et de la clientèle. Une présentation du processus de validation des outils de la collecte de données termine cette section.

3.4.1 Grille d'observation des visites à domicile

L'observation permet d'obtenir des données *in situ* durant l'intervention (Boutin, 1997; Jorgensen, 1989; Jacoud et Mayer, 1997; Spradley, 1980). Elle favorise une connaissance du milieu d'intervention et fournit au chercheur des données ancrées dans une situation réelle (Leininger, 1985b). La stratégie employée est dite observation directe non-participante par laquelle le chercheur consigne, sur une grille pré-établie, ses observations lors de la visite à domicile en plus de faire l'enregistrement audio des entretiens entre la clientèle et l'infirmière.

La grille d'observation a été élaborée en s'inspirant de la méthodologie proposée par Miles et Huberman (1994) et des techniques préconisées par Spradley (1980). Ces auteurs stipulent qu'un danger qui guette un chercheur novice qui procède à l'observation directe pour la première fois est d'être submergé par la multitude d'éléments se déroulant devant ses yeux. Il est alors difficile de discerner entre l'essentiel et l'accessoire, et entre l'utile et le futile. Afin de pallier à ce danger, plusieurs techniques sont proposées. L'une des plus simples est de procéder à l'enregistrement audio des entretiens entre les différents « acteurs » afin que l'observateur puisse se concentrer sur les actes ou actions qui se déroulent. De plus, Miles et Huberman (1994) suggèrent d'élaborer la grille d'observation en fonction des objectifs de recherche et des écrits de sorte que l'observateur ait une idée des grandes composantes et des grandes catégories d'éléments que l'on veut observer. On indique que cette grille doit être suffisamment structurée pour

centrer les observations sur les aspects d'intérêts et suffisamment souple pour capter les éléments qui se situent à l'extérieur des catégories et composantes attendues.

En s'inspirant de ces recommandations, une grille d'observation a été élaborée. Puisque l'un des objectifs de la présente recherche est de décrire les interventions d'habilitation, il était opportun d'utiliser les catégories d'intervention issues de la recherche de St-Cyr Tribble et al. (2003) abordées dans la recension des écrits. Ces catégories, ainsi que les exemples d'interventions qui en découlent, ont servi à concevoir la grille tout en faisant quelques adaptations pour les soins à domicile. Le tableau 8 résume ces catégories d'interventions ainsi que des exemples d'interventions ayant servi à l'élaboration de la grille. Un exemplaire de la grille d'observation se trouve à l'annexe A. Elle a été soumise à un processus de validation de contenu (abordée plus loin) et a été pré-testée lors de la phase préparatoire à la collecte de données.

3.4.2 Guide d'entrevue semi-dirigée

L'entrevue semi-dirigée constitue une autre méthode de collecte afin de répondre aux objectifs de la recherche. Après avoir fait l'observation de deux visites à domicile avec chaque infirmière, le chercheur a ensuite réalisé une entrevue avec chacune d'entre elles afin d'obtenir leur perspective sur l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Conformément à la méthodologie d'orientation ethnographique, les questions sont, en général, des questions ouvertes et semi-structurées permettant l'exploration en profondeur des principaux thèmes liés aux objectifs. Ce type d'entrevue utilise un guide souple, ce qui permet l'ajout de questions afin d'approfondir les réponses des personnes interrogées (Boutin, 1997; Miles et Huberman, 1994; Poupart, 1997; Spradley, 1979).

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Tableau 8
Catégories de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé ayant servi à l'élaboration de la grille d'observation*

Catégorie	Exemples d'interventions et d'attitudes adaptées aux soins à domicile
Contribue au lien thérapeutique Joue un rôle pour établir, maintenir et soutenir la relation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • S'informe de sa condition • Écoute les préoccupations • Répond aux préoccupations • Réconforte • Demande des précisions
Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne Permet de solliciter, auprès de la personne, des informations qui aident à organiser et planifier les soins	<ul style="list-style-type: none"> • Invite à s'exprimer sur son état/problème • Demande son opinion • Exprime sa disponibilité • Assure la continuité des soins
Encourage et soutient la prise de décision Renforce la capacité de la personne à décider des actions ou mesures à entreprendre en vue de favoriser son autoprise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Invite la personne à décider des solutions à entreprendre aux problèmes/besoins exprimés • Invite la personne à accepter ou non l'aide offerte • Apporte des informations nécessaires à la prise de décision
Permet l'exploration de différentes possibilités Permet à la personne d'envisager d'autres possibilités en fournissant des conseils ou informations sur les options qui se présentent	<ul style="list-style-type: none"> • Donne des conseils • Donne des informations • Présente des alternatives • Invite la personne à se questionner • Facilite l'accès à diverses ressources
Facilite l'apprentissage Contribue à réaliser diverses activités reliées à l'enseignement et l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> • Fait de l'enseignement sur : <ul style="list-style-type: none"> • Les techniques de soins • La prise de médicaments (horaire, éléments à surveiller, etc.) • L'examen physique • L'évaluation des soins • Fait la démonstration des soins

*Inspirée et adaptée de St-Cyr Tribble et al. (2003)

Un guide d'entrevue a été élaboré en fonction des objectifs de l'étude et les écrits pertinents. Le guide d'entrevue utilisé dans la recherche de St-Cyr Tribble et al. (2003), élaboré spécifiquement pour recueillir la perspective des intervenants sur l'intervention d'habilitation et validé par la méthode Delphi, a servi de modèle. En s'inspirant de ce guide, les questions ont été adaptées au contexte des soins à domicile. Le tableau 9 présente une synthèse des principaux thèmes contenus dans le guide d'entrevue et un exemplaire se trouve à l'annexe B. Tout comme la grille d'observation de la section précédente, le guide a été soumis à un processus de validation de contenu et pré-testé lors de la phase préparatoire à la collecte des données.

3.4.3 Fiches de renseignements sociodémographiques

Ces renseignements sont recueillis auprès des infirmières et de la clientèle en utilisant des fiches adaptées à partir de l'étude de St-Cyr Tribble et al. (2003). Dans le cas de la clientèle, il s'agit d'informations sur le diagnostic médical et le motif de référence aux soins à domicile. Ces informations, en plus des informations contextuelles recueillies lors des entrevues, a permis de dresser un profil clinique de la clientèle. Dans le cas des infirmières, il s'agit d'informations sur leurs expériences de travail et leur formation. Un exemplaire de ces fiches se trouve à l'annexe C.

3.4.4 Processus de validation des outils de collecte des données

Les contenus de la grille d'observation et du guide d'entrevue ont fait l'objet d'un processus de validation de contenu auprès d'un comité d'experts afin d'obtenir leur appréciation. Le comité était composé de cinq infirmières dont deux infirmières en soins à domicile, deux infirmières en formation universitaire avec de l'expérience en recherche et une infirmière ressource d'un centre hospitalier possédant de l'expérience en recherche.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Tableau 9
Synthèse des principaux thèmes explorés lors des entrevues avec les infirmières*

Sections	Thèmes explorés
Section 1 Situation de soins pour laquelle l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Motifs du choix de la situation de soins ➤ Descriptions des interventions réalisées <ul style="list-style-type: none"> • Informations contextuelles • Perception de la situation suite aux premières visites • Déroulement d'une visite typique • Nomination et description des interventions faites • Perception des interventions plus favorables et moins favorables à l'autoprise en charge • Perception de la relation thérapeutique établie ➤ Perception des changements observés (ou non) chez la personne <ul style="list-style-type: none"> • Comparaison de la situation actuelle avec celle au début du suivi • Perception de l'apport des changements ➤ Autres aspects à aborder
Section 2 Situation de soins pour laquelle l'habilitation à l'autoprise en charge présente des difficultés et défis	Idem à ci-dessus
Section 3 Perception de l'habilitation de l'autoprise en charge de sa santé de manière générale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Description d'une personne qui a pris en charge sa santé ➤ Perception des interventions qui favorisent l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé ➤ Perception des interventions qui entravent l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé ➤ Perception de l'importance attribuée à l'autoprise en charge de sa santé dans sa pratique ➤ Autres aspects à aborder

*Inspirés et adaptés du guide d'entrevue de St-Cyr Tribble et al. (2003)

La consultation s'est inspirée d'une méthodologie du Groupe Delphi (Pineault et Daveluy, 1986). Par contre, la création d'un Groupe Delphi formel n'a pas été jugée nécessaire puisque le guide d'entrevue a été adapté à partir d'un ayant déjà été validé par

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

ce processus (St-Cyr Tribble et al., 2003). En plus d'obtenir l'appréciation du comité d'experts quant à la formulation et l'agencement des questions, l'exercice de validation de contenu a permis au comité de se prononcer sur l'adaptation des questions au contexte des soins à domicile. Quant à la grille d'observation, les membres du comité ont examiné et réagi à sa composition. Les membres ont communiqué individuellement leur appréciation des outils. Des modifications mineures relativement à la formulation des questions du guide et à l'organisation de la grille d'observation ont été suggérées et incorporées aux outils avant de procéder au pré-test lors de la phase préparatoire à la collecte. Un extrait de l'instrumentation utilisée pour la validation se trouve à l'annexe D.

3.5 Méthodes de collecte de données

Cette section présente les principales méthodes de collecte de données qui ont été utilisées pour mener à bien cette recherche. La première partie traite de la phase préparatoire à la collecte, laquelle est indispensable à l'établissement des modalités du déroulement de la collecte, qui constitue le sujet de la deuxième partie.

3.5.1 Phase préparatoire à la collecte des données

Une recherche de nature ethnométhodologique nécessite une phase préparatoire afin que le chercheur puisse s'introduire et se familiariser avec le terrain de recherche (Boyle 1994; Holstein et Gubrium, 2000; Leininger, 1985a). Dans le cadre de la présente recherche, cette phase a déterminé de quelle manière le chercheur pourrait faire l'observation des situations réelles de soins et effectuer les entrevues auprès des infirmières participantes. De plus, elle a été déterminante dans l'établissement des critères de sélection de la clientèle devant guider les infirmières dans leur choix de cas de soins

propices à l'observation et, ultimement, discutés en entrevue. Les principales activités de cette phase sont présentées au tableau 10.

Tableau 10
Principales activités de la phase préparatoire à la collecte

- Rencontres préliminaires avec la direction du Programme extra-mural
- Rencontres avec les coordinatrices des unités locales
- Stage d'observation par le chercheur dans une unité locale
- Établissement des modalités de la collecte des données
- Obtention des autorisations des établissements participants
- Mise à l'essai du déroulement et pré-test des outils de collecte des données
- Rencontres avec le personnel infirmier de chaque unité locale pour présenter la recherche et solliciter leur participation

Ces activités permettent, de prime abord, de discerner l'intérêt et l'ouverture à l'idée d'entreprendre une recherche auprès des infirmières du PEM. Des visites aux trois unités locales du PEM et des entretiens informels avec les coordinatrices et les infirmières ont facilité l'insertion du chercheur dans le milieu et sa compréhension des différentes facettes de l'organisation et du fonctionnement du programme. D'autre part, l'organisation d'un stage d'observation a fourni au chercheur un aperçu d'une journée typique d'une infirmière du secteur des soins à domicile.

L'observation des visites à domicile comme méthode de collecte de données soulève certaines préoccupations quant à la réceptivité et la faisabilité. Bref, il fallait choisir une démarche qui ne soit pas intrusive au travail des infirmières et dans l'intimité de la clientèle, tout en permettant d'obtenir des données observationnelles pertinentes et réalisables dans une période restreinte de temps. Il s'avère tout d'abord que les infirmières sont habituées d'avoir des personnes qui les accompagnent lors de visites

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

parce qu'elles ont souvent des stagiaires soit en sciences infirmières, en médecine ou d'autres professionnels de la santé. Il s'agissait ensuite de voir comment le chercheur pouvait s'insérer dans leur charge de travail pour effectuer les observations et ensuite mener les entrevues.

La phase préparatoire à la collecte a permis d'apprendre que la charge professionnelle de l'infirmière est organisée de la façon suivante : à l'intérieur de chaque unité locale, l'infirmière est affectée à une sous-région spécifique à l'intérieur du territoire couvert par l'unité. Cette sous-région est délimitée, entre autres, par la taille de la population à desservir et la distance à parcourir pour se rendre aux domiciles des particuliers. L'infirmière est alors la gestionnaire de cas primaire pour l'ensemble des cas dans sa sous-région. Par exemple, lors du stage d'observation, l'infirmière en question avait au-delà d'une soixantaine de cas à sa charge. En se basant sur les besoins de la clientèle, chaque infirmière est autonome dans l'organisation de son horaire et de la fréquence des visites. Ainsi, certains clientes ou clients nécessitent des visites quotidiennes, d'autres aux deux jours, à la semaine, et ainsi de suite. La planification des visites se fait sur une base hebdomadaire en utilisant une feuille de route sur laquelle elle inscrit les visites à faire pour chaque jour. Cette planification doit aussi tenir compte de la distance à parcourir pour se rendre aux domiciles de la clientèle. Dans certaines régions rurales, par exemple, des visites peuvent nécessiter un aller de plus d'une heure de conduite, ce qui va donc affecter le nombre de visites pouvant être effectuées durant la journée. Aussi, des consultations téléphoniques auprès de la clientèle sont souvent effectuées lorsque la situation le permet. L'infirmière gestionnaire de cas est aussi responsable de la coordination et du suivi avec l'équipe multidisciplinaire. C'est elle qui

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

détermine l'aiguillage de services des autres professionnels de la santé et coordonne le suivi avec le médecin traitant, le cas échéant. Des réunions régulières avec l'équipe multidisciplinaire permettent de faire le suivi de l'ensemble des cas.

Après s'être familiarisé avec ces aspects du fonctionnement du PEM, il est devenu évident que l'observation des situations réelles de soins devait se faire auprès des infirmières gestionnaires de cas parce que celles-ci sont davantage familières avec la clientèle. Il s'agissait ensuite de déterminer quel type de clientèle serait approprié pour l'observation de façon à pouvoir répondre à l'objectif de décrire les interventions d'habilitation à l'autoprise en charge de santé. Cette étape a nécessité maintes consultations et discussions parce qu'il y a beaucoup de variations dans les cas soignés et chaque situation présente ses propres particularités.

Lors de ces discussions, il a été convenu qu'il fallait inclure les personnes âgées puisqu'elles forment l'un des groupes de clientèle les plus desservis. En ce qui a trait au type de cas, le fait de se limiter à un diagnostic médical précis n'était pas approprié. Le diagnostic médical n'est pas le seul indicateur pour déterminer le type de services à domicile à dispenser. Le nombre élevé de personnes âgées fait qu'il y a plusieurs comorbidités chroniques s'ajoutant à un diagnostic et celles-ci doivent être prises en compte dans la planification des soins et services à prodiguer.

En analysant les cas typiques que reçoit le PEM, l'une des coordinatrices d'une unité locale a présenté une classification informelle des cas afin d'avoir une idée des charges professionnelles des infirmières. Une première catégorie consiste en des cas considérés de « guérison ». Il s'agit de cas de chirurgies ou de pathologies pour lesquels le rétablissement de la santé est prévu. Ces cas sont soit de court, moyen ou long terme.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Les cas à court terme étaient moins propices à l'observation parce qu'il s'agit de cas de chirurgie mineure d'un jour ou de chirurgie moyenne nécessitant un court suivi post-hospitalisation, ou encore des cas d'infections sporadiques nécessitant un traitement d'antibiotiques intraveineux à court terme. En revanche, les cas moyen et long termes présentaient une avenue intéressante. Il s'agit de cas de chirurgies moyennes à majeures (cholécystectomie, colostomie, urostomie, prostatectomie, hystérectomie, diverses chirurgies orthopédiques, etc.) ainsi que diverses pathologies telles les infections (plaies, pneumonie, etc.). Ces cas nécessitent un plus long suivi, soit pour le changement fréquent de pansements, l'administration d'antibiotiques intraveineux, l'enseignement de mesures d'autosoins ou l'enseignement de soins à un membre de la famille.

Les cas de « maintien de la santé et de soutien » constituent une deuxième catégorie. Ces cas incluent la gamme des maladies chroniques et des incapacités fonctionnelles. Il s'agit des affectations pulmonaires (MPOC, asthme, emphysème qui sont suivis après un traitement à l'urgence ou une courte hospitalisation), les cas de diabète (suivi et contrôle des glycémies), l'insuffisance rénale (traitements de plaies, infections) ainsi que diverses cardiopathies. Les personnes dans ces cas sont généralement assez bien connus par le personnel parce qu'ils nécessitent des consultations épisodiques selon la trajectoire de la maladie. Une troisième et dernière catégorie comprend les cas de soins palliatifs. Bien qu'ils présentent de bonnes occasions pour observer de multiples interventions destinées à la personne et à son entourage, il a été convenu que les cas en phase terminale de maladie seraient exclus pour ne pas importuner la clientèle, les familles et les proches à ce moment crucial des étapes de la vie.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Les cas de soins à court terme et les cas en phase terminale ont donc été exclus. Cependant, on a constaté certaines difficultés à déterminer à l'avance le nombre et la fréquence des cas propices à l'observation, donnant alors peu d'indications s'il fallait privilégier un type de cas par rapport à d'autres. Toutefois, ce sont les infirmières elles-mêmes, lors de discussions informelles, qui ont apporté une perspective intéressante quant à la manière de procéder. Lors du stage d'observation, le chercheur a sondé le terrain avec les infirmières sur la question du type de cas qui serait approprié. C'est alors que spontanément, elles se sont mises à parler de cas ayant une bonne autoprise en charge et de cas ayant une autoprise en charge plus difficile. De manière inusitée, en examinant leur charge professionnelle, elles étaient capables d'identifier des personnes qu'elles considéraient avoir une bonne autoprise en charge et d'autres qui présentaient des difficultés. De plus, elles faisaient ce choix sans égard au diagnostic médical, ni du type de cas. À l'intérieur de la présente étude terrain de type ethnométhodologique, cette avenue s'avérait intéressante et pertinente pour déterminer certains des critères d'admissibilité à l'étude. Après vérifications et consultations, il s'est avéré que de demander aux infirmières de choisir elles-mêmes les cas était compatible, au plan méthodologique, avec l'incident critique (Minghella et Benson, 1995; Redfern et Norman, 1999a; 1999b) qui permet aux infirmières de réfléchir sur un choix qui leur est significatif. Le fait de choisir un cas ayant une bonne autoprise en charge et un autre plus difficile, était aussi compatible avec la méthode du cas contrastant suggéré par Miles et Huberman (1994). Il serait alors possible de comparer les deux types de cas contribuant ainsi à la profondeur de l'analyse. Aussi, permettre aux infirmières de faire ce choix était compatible avec le deuxième objectif de la présente recherche, soit celui d'obtenir leur

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

perspective sur l'autoprise en charge de sa santé par la clientèle recevant des soins à domicile.

À la suite de cette décision, il restait à déterminer le nombre de visites à domicile que le chercheur devait effectuer pour observer les interventions. Un compromis entre l'idéal et le faisable s'imposait. Idéalement, il aurait été intéressant d'observer, chez un même sujet, un processus complet de visites du début à la fin. Or, le nombre de visites effectuées par l'infirmière se fait selon le besoin et un suivi de moyen et long terme peut nécessiter un grand nombre de visites. Lors du stage d'observation, le chercheur a pu assister à de nombreuses visites chez différentes clientèles au cours desquelles plusieurs interventions ont pu être observées. Il a alors été établi qu'une visite pour chaque cas choisi par l'infirmière donnerait une bonne base de données observationnelles. L'entrevue avec l'infirmière, à la suite des visites, permettrait de discuter plus spécifiquement des particularités des cas.

C'est ainsi qu'un plan de déroulement a pu être conçu et présenté initialement à la direction du PEM. Celle-ci a donné son approbation au plan, en plus de donner la permission au chercheur d'effectuer les entrevues avec les infirmières durant leurs heures de travail, moyennant leur disponibilité. Les modalités de ce plan étaient incluses dans les demandes d'approbation éthiques auprès des instances responsables.

Une fois les approbations obtenues, les étapes suivantes constituaient en la mise à l'essai du déroulement de la collecte des données et au pré-test des outils de recherche. Ces étapes se sont très bien déroulées. L'infirmière a pu identifier deux cas de soins qui répondaient aux critères d'admissibilité. L'observation des premières visites à domicile s'est aussi très bien effectuée. Le rythme de la visite permettait de bien inscrire les

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

observations sur la grille à cet effet. Le seul ajustement a été d'avoir en main plus de feuilles parce qu'elles se remplissent assez rapidement. L'enregistrement audio des entretiens a pu bien se faire, sauf qu'il fallait s'assurer de contrôler le plus possible les bruits de fond dans la pièce parce qu'ils peuvent entraver la compréhension de la conversation. Quant à l'entrevue avec l'infirmière, elle s'est déroulée relativement bien car sa nature semi-dirigée lui permettait d'aborder de nombreux thèmes et de faire part au chercheur de nombreux aspects relatifs à l'intervention.

La phase préparatoire à la collecte de données s'est conclue avec la rencontre du personnel infirmier dans chacune des unités locales. Le chercheur a été invité à présenter la recherche lors de réunions régulières du personnel et de répondre aux questions afférentes. Un dépliant de sollicitation à participer à la recherche leur a été remis avec un résumé de la procédure à suivre ainsi que les modalités pour contacter le chercheur. À la suite des présentations, la collecte des données s'est officiellement mise en marche.

3.5.2 Déroulement de la collecte de données

La procédure pour le déroulement de la collecte comportait les six étapes présentées au tableau 11. Chaque infirmière qui acceptait de participer recevait une trousse contenant un résumé de la recherche, une feuille expliquant la procédure de la recherche et les critères de sélection pour la clientèle. Elle contenait aussi une feuille avec une brève explication de la recherche qu'elle pouvait remettre à la clientèle, ainsi qu'un formulaire l'autorisant à divulguer leurs informations de contact au chercheur.

Dans l'ensemble, ces étapes ont été respectées tout au long de la collecte. Une fois le processus entamé auprès d'une infirmière, le chercheur pouvait l'entamer auprès d'une autre, en attente des réponses de la clientèle. La planification des visites à domicile

Tableau 11
Étapes du déroulement de la collecte des données

<p>Infirmière</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signe le formulaire de consentement, remplit la fiche de renseignements sociodémographiques et sélectionne, parmi sa clientèle, deux cas de soins contrastés qui correspondent aux critères de sélection; • Explique brièvement la recherche aux personnes sélectionnées à l'aide d'une feuille fournie par le chercheur. Si l'intérêt à participer est manifesté, le formulaire de divulgation de renseignements personnels est signé et acheminé au chercheur.
<p>Chercheur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacte par téléphone ces personnes pour présenter la recherche. Si l'intérêt à participer est maintenu, un rendez-vous est fixé; • Explique en détail la recherche à la rencontre, le formulaire de consentement est lu avec la personne et signé, et la fiche de renseignements sociodémographiques est remplie; • Accompagne l'infirmière à la visite subséquente au domicile de cette personne et procède à l'observation de la rencontre; • Fixe un rendez-vous avec l'infirmière pour une entrevue au plus tard deux semaines suivant les visites à domicile.

a cependant nécessité beaucoup de souplesse, dépendamment de la fréquence des visites et l'horaire de l'infirmière. Ces visites ont pu être réalisées assez rapidement dans certains cas et plus lentement dans d'autres. Le rendez-vous avec l'infirmière pour l'entrevue ont, dans l'ensemble, respecté le délai minimal de deux semaines suivant les visites, mais certains ont dû être rapportés à quelques reprises selon la disponibilité de l'infirmière. Il importe de souligner que les infirmières participantes ont fait preuve de beaucoup de flexibilité, plusieurs d'entre elles ayant modifié leur horaire de visites pour accommoder le chercheur de même que trouver le temps pour l'entrevue malgré un horaire parfois surchargé.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Dans le processus de recrutement, plusieurs visites de courtoisie dans les unités locales afin de solliciter davantage de participantes ont été nécessaires. Cette participation étant volontaire, les raisons du refus de participer n'étaient pas documentées formellement, mais plusieurs infirmières ont signalé d'être peu disponible pour accommoder le chercheur. Un fait intéressant à noter est que toute la clientèle sélectionnée par les infirmières ont accepté de participer d'emblée.

3.6 Traitement et analyse de données

L'analyse qualitative du matériel recueilli s'est effectuée selon l'approche inspirée de la méthode mixte (Miles et Huberman, 1994; Laperrière, 1997a). Il s'agit d'un processus itératif et continu qui commence dès le début de la collecte de données et se poursuit jusqu'à la fin de l'étude. Aussi appelée la méthode du « va-et-vient » ou de « comparaisons constantes », ce processus permet le raffinement progressif des éléments et thèmes qui sont en émergence (Boyle, 1994; Miles et Huberman, 1994; Morse, 1994). Il est suggéré d'intégrer trois principales activités pour l'analyse des données : la première est le codage de premier niveau qui permet l'élaboration d'un système de codification afin de construire une grille initiale de classification; la deuxième est le codage thématique qui permet le regroupement de codes en nombre plus réduits de thèmes ou d'éléments conceptuels. La troisième activité est la rédaction du rapport qui présente les principaux thèmes et concepts en rendant explicite les liens et les caractéristiques du phénomène à l'étude (Miles et Huberman, 1994; Laperrière, 1997a). Toutefois, ces activités ne se réalisent pas nécessairement de manière séquentielle et incorporent d'autres activités ou étapes en fonction du type de données recueillies et les objectifs de la recherche. Dans le cadre de cette recherche, il s'agit de données observationnelles obtenues lors des visites à

domicile et les entrevues réalisées auprès des infirmières participantes. Les sections suivantes présentent la procédure utilisée pour l'analyse de ces données.

3.6.1 Analyse des données observationnelles obtenues lors des visites à domicile

Les données d'observation ont été recueillies par le chercheur grâce à la grille d'observation et l'enregistrement audio des entretiens entre la clientèle, l'infirmière et les membres de l'entourage, le cas échéant. La combinaison de ces données a fourni le matériel pour l'analyse qualitative de contenu pour répondre au premier objectif de la présente recherche, soit la description des interventions d'habilitation à partir de situations réelles de soins. Les principales étapes du processus de l'analyse sont présentées au tableau 12.

Transcription des enregistrements audio et rédaction du rapport d'observation

Le contenu des enregistrements audio pour chaque visite à domicile a été transcrit selon une procédure pré-établie. À partir du texte de cette transcription, le chercheur a intégré les données d'observations en écoutant l'enregistrement et en insérant les observations aux endroits appropriés permettant ainsi de produire un rapport d'observation pour chaque visite à domicile (Miles et Huberman, 1994; Spradley, 1980).

Élaboration d'une grille initiale de classification

Une grille initiale d'analyse a été créée en se servant de la catégorisation des interventions d'habilitation à partir de la recherche de St-Cyr Tribble et al. (2003). Cette même catégorisation a aussi servi à l'élaboration de l'outil d'observation pour les visites à domicile (tableau 8, p. 73). Cette catégorisation a pu servir de structure de départ à l'exercice de dégager les interventions d'habilitation tout en laissant le champ libre à la création de nouvelles catégories au besoin.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Tableau 12
Étapes de l'analyse des données d'observations

Étapes	Activités
Transcription des enregistrements audio des visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Selon une procédure pré-établie
Rédaction d'un rapport d'observation	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des observations du chercheur à même la transcription
Élaboration d'une grille initiale de classification	<ul style="list-style-type: none"> • Création de codes pertinents des premiers rapports d'observation pour dégager les interventions d'habilitation • Discussion avec l'équipe de recherche et réajustements
Codage de premier niveau	<ul style="list-style-type: none"> • Codage systématique des rapports d'observation en fonction de la grille de classification • Définition des codes pour désigner les interventions d'habilitation et entente par consensus • Contre-codage de tous les rapports d'observation en tenant compte du matériel audio et transcription
Codage thématique	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustements aux besoins de leur catégorie d'appartenance selon la grille de classification • Raffinement de la définition des codes en fonction des données émergentes • Réunions et discussions
Rédaction d'une typologie descriptive des interventions d'habilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Comptabilisation et description en fonction des catégories d'intervention de la grille de classification

Codage de premier niveau

Le codage de premier niveau a commencé avec le codage systématique du contenu des rapports d'observation à l'aide de la grille de classification. Pour dégager les interventions d'habilitation, il a tout d'abord fallu établir une convention de ce que constitue une telle intervention. Spradley (1980) suggère d'orienter l'analyse des données observationnelles sur les éléments « d'action » recherchés en fonction des objectifs de la

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

recherche. Conceptuellement, il a été décidé d'isoler les segments de textes qui contiennent un élément « d'action » de la part d'une infirmière et une forme de participation de la part de la clientèle. Cette combinaison action/participation formait alors l'unité d'analyse qui recevait un code avec une définition correspondante de l'acte accompli par l'infirmière. À cette intervention ainsi codée était aussi assignée une catégorie d'appartenance selon la grille d'analyse. Cette manière de procéder permettait de distinguer entre une intervention dite « instrumentale », où l'infirmière exécutait une intervention « pour » la clientèle et non pas « avec » celle-ci. Par exemple, une intervention comme « Fait un pansement » se distingue d'une intervention comme « Fait de l'enseignement sur la technique de pansement ». La première n'exige pas la participation de la clientèle (ou d'un membre de l'entourage, le cas échéant), alors que la deuxième demande une forme de participation afin d'apprendre l'exécution de la technique.

Ce processus a été suivi pour dégager l'ensemble des interventions issues des rapports d'observation, résultant en une fiche analytique pour chaque rapport contenant les interventions d'habilitation selon sa catégorie d'appartenance. Il faut noter qu'une intervention pouvait souvent être reprise à différents moments lors d'une visite à domicile. Aux fins de la description, cette intervention n'était comptabilisée qu'une seule fois tout en notant le nombre de fois qu'elle a été observée pour chaque visite. Un codage indépendant a été effectué par un membre de l'équipe de recherche. Des réunions et discussions ont permis d'établir un consensus sur la définition des interventions d'habilitation dégagées et leurs catégories d'appartenance.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Codage thématique

L'autre étape de l'analyse, le codage thématique, permet le regroupement de codes en nombres plus réduits de thèmes ou éléments conceptuels en fonction des résultats émergents (Miles et Huberman, 1994; Laperrière, 1997a). Les principales activités à cette étape ont été de raffiner la définition des codes des interventions au fur et à mesure que l'analyse progressait. Certaines interventions ont pu être regroupées sous un même code ou ont nécessité la création de nouveaux codes pour permettre ce regroupement. Aussi, certaines interventions ont nécessité un changement de catégorie lorsque la progression de l'analyse suggérait une autre fonction de l'intervention qui avait été préalablement établie au début de l'analyse. Cette activité nécessitait la révision du matériel codé préalablement pour refléter ces changements. Tout comme à l'étape précédente, l'équipe de recherche a été mise à contribution.

Rédaction

La dernière étape du processus d'analyse est la rédaction, qui présente les principaux thèmes et concepts en rendant explicites les liens et les caractéristiques du phénomène à l'étude (Miles et Huberman, 1994; Laperrière, 1997a). Les résultats des étapes précédentes ont permis de générer une série d'interventions selon les catégories de la grille de classification pour chaque visite à domicile analysée. Il devenait alors possible de rédiger une typologie descriptive des interventions pour l'ensemble de ces visites afin de répondre à l'objectif de la description des interventions d'habilitation à partir de situations réelles de soins. Cette typologie ne tient toutefois pas compte du contexte des situations dans lequel les interventions ont été générées parce que les visites à domicile ont été réalisées avant les entrevues et ont été analysées séparément de celles-ci afin

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

d'obtenir cette typologie. De plus, la typologie ainsi générée a permis de présenter les interventions en fonction des plus observées aux moins observées pour l'ensemble des visites. En l'absence de données contextuelles toutefois, cette manière de présenter ne signale pas l'importance ou non d'une intervention plus observée que celle moins observée. La section 4.2 du chapitre des résultats est consacrée à cette typologie descriptive et les interventions par catégorie sont présentées aux tableaux 17 à 22.

3.6.2 Analyse des entrevues

Les entrevues réalisées auprès des infirmières étaient structurées de telle sorte qu'elles discutent chaque situation de soin choisie comme représentative de cas où la prise en charge se déroulait bien ou de cas où la prise en charge présentait des défis et difficultés. Les principaux thèmes abordés ont été présentés précédemment au tableau 9, p. 71. Les questions étaient notamment axées sur leurs motifs du choix ainsi que sur divers aspects reliés à leurs interventions. En plus de présenter des particularités propres aux situations de soins choisies, l'entrevue permettait aux infirmières d'émettre leurs opinions, idées et commentaires sur les situations de soins ainsi que sur divers aspects reliés à leur pratique.

Le processus d'analyse qualitative des entrevues est similaire à l'analyse des données observationnelles sauf que les étapes ont été adaptées en fonction de la nature des données recueillies (Miles et Huberman, 1994; Laperrière 1997a). Les principales étapes et activités sont présentées au tableau 13.

Transcription des entrevues et rédaction d'une fiche synthèse descriptive

À la suite de la transcription des enregistrements audio des entrevues, une première lecture mettait en évidence les nombreux thèmes abordés. Une première activité

Tableau 13
Étapes de l'analyse des entrevues

Étapes	Activités
Transcription des enregistrements audio des entrevues	<ul style="list-style-type: none"> • Selon une procédure pré-établie
Rédaction d'une fiche descriptive synthèse pour chaque situation de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche contenant les éléments de contexte propres aux situations de soins sélectionnées par les infirmières
Utilisation de la grille de classification des interventions pour dégager celles rapportées par les infirmières Élaboration d'une grille initiale de classification des représentations des infirmières de l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des codes émergents des interventions d'habilitation issues des rapports d'observation, création de nouveaux codes au besoin • Création de codes pertinents selon les éléments rapportés aux entrevues • Discussion avec l'équipe de chercheurs et réajustements
Codage de premier niveau	<ul style="list-style-type: none"> • Codage systématique des entrevues en fonction de grille de classification des interventions et des représentations • Raffinement de la grille de classification des représentations en fonction des données émergentes et entente par consensus • Contre-codage de toutes les entrevues en tenant compte du matériel audio et transcription
Codage thématique	<ul style="list-style-type: none"> • Appréciation globale des perceptions des infirmières par rapport aux interventions d'habilitation • Appréciation globale de l'émergence des représentations de l'autoprise en charge de santé • Réunions et discussion
Mise en relation	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des liens entre les éléments contextuels des situations de soins, les interventions à domicile et les représentations des infirmières
Analyse de cas	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de cas exemplaires contrastants pour élucider les liens entre l'ensemble des données analysées

d'analyse consistait alors à rédiger une fiche synthèse descriptive pour chaque situation de soins. Cette fiche regroupe plusieurs aspects reliés à l'histoire personnelle ou la trajectoire de la personne face à sa situation de santé et au motif de référence aux soins à domicile. Elle a été structurée de sorte à contenir les informations obtenues par les fiches de renseignements (âge, sexe, diagnostic médical, motif de référence aux soins à domicile) et les informations structurelles (date d'admission au programme, nombre, fréquence et durée moyenne des visites). Une section était aussi réservée aux besoins et problèmes de santé spécifiques à la personne tels que perçus par l'infirmière ainsi qu'une section résumant les faits saillants des interventions de l'infirmière en réaction aux besoins et problèmes. Une dernière section contenait un sommaire des résultats des interventions d'habilitation sur l'autoprise en charge de sa santé selon la perception de l'infirmière. Ces fiches descriptives synthèses, colligées pour chaque situation de soins, ont ensuite servi à mettre en relation les contextes de soins avec les autres données émergentes de l'analyse.

Grilles d'analyse

Puisque la structure de l'entrevue permettait aux infirmières d'aborder diverses facettes des interventions qu'elles ont réalisées auprès de la personne, la même grille d'analyse des interventions d'habilitation utilisée pour les visites à domicile pouvait servir. Les interventions rapportées par les infirmières ont ainsi pu être dégagées. Lorsqu'elles correspondaient aux définitions d'interventions observées, le même code leur était attribué. Cet exercice a nécessité un « va-et-vient constant » entre les analyses des données observationnelles et les données d'entrevue pour générer une typologie d'interventions d'habilitations rapportées par les infirmières lors des entrevues.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Pour répondre au deuxième objectif de la recherche, soit la description des représentations de l'habilitation de l'autoprise de sa santé, une grille initiale de classification a été élaborée pour consigner les éléments émergents de l'analyse. Ces éléments ont été dégagés en réponse aux questions relatives aux motifs de choix de leur clientèle comme représentatifs d'une situation où l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien et l'une qui présente des défis et difficultés. La structure de l'entrevue permettait aussi à l'infirmière de discuter de diverses facettes reliées à leurs interventions, d'émettre leurs opinions, idées et commentaires sur les situations de soins encourues ainsi que sur divers aspects reliés à leur pratique. À la suite de l'analyse des premières entrevues, les éléments de cette grille permettaient de classer les données émergentes selon les catégories de « facteurs reliés à la personne », de facteurs reliés à l'infirmière et une catégorie « autres ». Cette grille a évolué avec la progression de l'analyse.

Codage du premier niveau

L'étape du codage de premier niveau s'est effectuée par le codage systématique en fonction de la grille d'analyse des interventions et la grille initiale consacrée aux représentations des infirmières de l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Un co-codage indépendant était fait par un membre de l'équipe de recherche. Tout comme l'analyse des données observationnelles, des réunions et discussions régulières ont permis d'établir un consensus sur la définition des interventions d'habilitation rapportées par les infirmières et leurs catégories d'appartenance. Ces réunions et discussions ont aussi permis de raffiner la grille d'analyse des représentations.

Codage thématique

Le codage thématique a pu s'effectuer à deux niveaux selon les thèmes en émergence. Il a tout d'abord permis l'appréciation globale de la perception des infirmières par rapport aux interventions d'habilitation qu'elles ont réalisées. Il était alors possible de compiler une typologie descriptive de ces interventions selon le même format utilisé pour les visites à domicile. Il s'agit de l'ensemble des interventions selon les cinq catégories. Les deux typologies ainsi colligées représentent l'un des bénéfices de la triangulation des données propre au devis de la présente recherche ethnométhodologique. Elles permettent alors d'examiner ce que Huberman et Miles (1994) appellent les zones de convergences et de divergences entre les différents types de données recueillies, approfondissant ainsi l'analyse. Les résultats de cette comparaison font l'objet de la section 4.3 du chapitre des résultats et sont présentés aux tableaux 23 à 28.

Le deuxième niveau du codage thématique a permis l'appréciation globale des représentations des infirmières de l'autoprise en charge de sa santé. Cette étape a mené au raffinement et à l'évolution de la grille initiale de classification en regroupant les éléments selon des catégories plus précises. Les facteurs reliés à la clientèle qui composaient la grille initiale ont progressivement évolué vers des représentations des caractéristiques de la clientèle qui favorisent ou entravent l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Elles sont regroupées en trois sous-catégories, soit les caractéristiques personnelles, les éléments reliés à la participation et les conditions. Quant aux facteurs reliés à l'infirmière, le codage thématique a permis leur regroupement en représentations des dimensions du savoir et du savoir-être des infirmières. Ces résultats sont rapportés à la section 4.4 du chapitre des résultats et consignés aux tableaux 29 à 32.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Mise en relation

La mise en relation des différents éléments ayant fait l'objet de l'analyse a constitué la principale activité à cette étape de l'analyse. Ces éléments, il faut le rappeler, sont composés de l'analyse des données observationnelles obtenues pour chaque situation de soins lors des visites à domicile. Ils sont aussi composés de l'analyse des données des entrevues, dont les fiches descriptives synthèses de chaque situation de soins, les interventions d'habilitation rapportées aux entrevues avec les infirmières ainsi que de l'ensemble des représentations des infirmières de l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Pour mettre en relation l'ensemble de ce corpus de données, les différentes fiches analytiques ont d'abord été organisées en triade (infirmière/situation de soins 1 et 2). Il s'agissait de mettre ensemble les fiches analytiques pour chaque infirmière avec les deux situations de soins qu'elle a choisies comme représentatrices d'une situation dont l'autoprise en charge se déroule bien et l'autre dont l'autoprise en charge présente des difficultés ou défis.

Par la suite, il était possible de construire des tableaux intégrateurs qui mettent à contribution les différents résultats de l'analyse (Miles et Huberman, 1994). Les éléments contextuels qui caractérisent chaque situation de soins (grâce à la fiche descriptive synthèse) étaient d'abord examinés, pour ensuite considérer les différentes représentations de l'autoprise en charge de la santé issues de l'entrevue avec l'infirmière. De cette manière, il devenait possible d'évaluer les éléments ayant contribué à générer ces représentations. L'examen a ensuite porté sur les faits saillants des interventions d'habilitation observées lors des visites à domicile ainsi que celles rapportées par l'infirmière à l'entrevue, permettant ainsi une vue d'ensemble de ces interventions. En

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

dernier lieu, il s'agissait d'examiner les résultats des interventions d'habilitation tels que perçus par l'infirmière et compilés dans la fiche descriptive synthèse. L'ensemble de ces tableaux intégrateurs a été analysé afin d'explorer les liens entre ces différentes composantes. Différentes avenues d'explication ont alors été soulevées et ont fait l'objet de nombreuses discussions pour enfin dresser un portrait descriptif susceptible de caractériser ces liens.

Analyse de cas

La dernière étape d'analyse a été de sélectionner deux cas exemplaires pouvant mieux illustrer les liens entre les composantes qui caractérisent chaque cas étudié. Ces cas étaient aussi contrastants, c'est-à-dire un où l'autoprise en charge se déroule bien et l'autre qui présente des difficultés et défis. Cette manière de procéder permet donc les comparaisons entre les deux afin d'en déceler les similitudes et différences qui puissent le mieux expliquer les liens qui ont été dégagés (Miles et Huberman, 1994). La présentation des analyses de cas fait l'objet de la section 4.5 du chapitre des résultats avec les tableaux intégrateurs des deux cas figurant aux tableaux 33 et 34.

3.6.3 Analyse des fiches de renseignements sociodémographiques

Les renseignements recueillis par ces fiches ont fait l'objet d'une analyse quantitative afin de dresser les profils sociodémographiques des infirmières et de la clientèle ayant participé à l'étude. De plus, des informations obtenues auprès des infirmières au sujet de la situation clinique de la clientèle ont permis de compiler un tableau clinique de la clientèle, selon le motif de référence aux soins à domicile. Ces compilations font l'objet de la première partie du chapitre des résultats et sont présentées aux tableaux 14 à 16.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

3.7 Critères de scientificité de la recherche

Le déroulement de cette recherche est fondé sur l'application de critères pour assurer la rigueur du processus. Plusieurs critères adaptés à la recherche qualitative sont proposés par les auteurs (Miles et Huberman, 1994; Laperrière, 1997b; Leininger, 1994). Laperrière (1997b) propose plutôt l'adaptation des notions de validité et de fiabilité utilisées en recherche quantitative pour les intégrer dans une démarche rigoureuse propre à la recherche qualitative. En s'inspirant de ces notions, cette recherche a utilisé des moyens afin de valoriser la *validité interne* et *externe* de l'étude ainsi que la *fiabilité* des résultats.

Tout d'abord le critère de *la validité interne* est appliqué afin d'assurer la justesse et la pertinence du lien entre les interprétations et les données empiriques. Les mesures prises à cet effet incluent l'élaboration rigoureuse des instruments de collecte par la consultation d'experts, l'analyse systématique de contenu de l'entrevue, le double codage et la triangulation des outils de collecte. Le maintien d'un journal de bord du chercheur fournit un outil de réflexion et de vérification des modalités du processus de la collecte. En dernier lieu, l'ensemble du processus a fait l'objet de suivis par l'entremise de réunions régulières de l'équipe de recherche.

Vient ensuite le critère de *la validité externe* qui consiste à établir l'utilité générale des résultats en termes de vraisemblance et d'applicabilité à des situations similaires. Cette mesure est appliquée en fournissant une description détaillée de la population étudiée, de la procédure d'échantillonnage et des étapes d'analyse. Elle permet aux autres chercheurs de juger du degré de similitude du contexte.

En dernier lieu, le processus s'appuie sur le critère de la *fiabilité* qui vise à rendre explicite l'ensemble du processus de recherche pour vérification et évaluation externe. Cette mesure est assurée par la documentation rigoureuse de l'ensemble des stratégies de collecte et d'analyse utilisées tout au long du processus de recherche.

3.8 Considérations éthiques

Le protocole de la recherche ainsi que les outils de la collecte et les formulaires de consentement ont été approuvés par les comités d'éthique à la recherche du Centre de recherche clinique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et de la Régie régionale de la santé Beauséjour au Nouveau-Brunswick. Des mesures ont été prises pour l'obtention d'un consentement éclairé de tous les sujets participant à la recherche et du droit au retrait volontaire à tout moment. En raison des dispositifs de la collecte de données inhérents à cette recherche, un accent particulier a été placé sur la non-interférence dans le processus d'intervention entre l'infirmière et sa clientèle. Par exemple, dans le formulaire de consentement pour les infirmières (annexe E), le droit au retrait volontaire à tout moment et le droit de demander le retrait du chercheur lors des observations des situations réelles de soins sont clairement explicités.

Puisque les infirmières choisissaient la clientèle apte à participer à la recherche, il fallait s'assurer de la nature volontaire de cette participation. Lorsque les infirmières informaient cette clientèle de la recherche, il fallait obtenir leur permission de divulguer leurs coordonnées au chercheur à l'aide d'un formulaire à cet effet (annexe E). Il était clairement expliqué que cette permission n'était pas un consentement à participer, mais plutôt une permission d'être contacté par le chercheur. À cette rencontre, la recherche leur était expliquée, de même que le droit de retrait sans préjudice et le droit de demander le

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

retrait du chercheur lors de la visite à domicile avant de signer le formulaire de consentement (annexe E).

L'ensemble des formulaires de consentement ont aussi fait état des mesures prises pour assurer l'intégrité de la clientèle. Il était clairement indiqué que les documents confidentiels sont entreposés sous-clés, que l'anonymat est maintenu dans tous traitements et communications des données de recherche et que le caractère confidentiel de toutes informations divulguées au chercheur est respecté.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

La présente recherche poursuit deux principaux objectifs. En premier lieu, elle vise la description des interventions infirmières d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé à partir d'observations dans des situations précises de soins à domicile. En deuxième lieu, elle vise la description des représentations des infirmières de l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé par la clientèle. Cinq sections composent ce chapitre. La première présente tout d'abord les caractéristiques sociodémographiques des infirmières ayant participé à la recherche ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la clientèle ayant également accepté de participer à la recherche. La deuxième section présente les interventions d'habilitation observées lors des visites à domicile alors que la troisième section présente les interventions d'habilitation que les infirmières ont rapportées aux entrevues. La quatrième section s'attarde aux représentations des infirmières de l'autoprise en charge de sa santé, comprenant les caractéristiques de la clientèle qui la favorise ou l'entrave ainsi que leurs représentations de la pratique infirmière. Enfin, la dernière section met en contexte l'ensemble des résultats par l'entremise d'analyses de cas.

4.1 Profils des infirmières et de la clientèle

Les profils ont été compilés par l'analyse statistique descriptive des fiches de renseignements sociodémographiques. Le profil clinique de la clientèle a été conçu selon

le motif de référence aux soins à domicile en combinant les informations sur la fiche de renseignements ainsi que les informations fournies par les infirmières lors des entrevues.

4.1.1 Profil sociodémographique des infirmières

Un total de 15 infirmières (14 femmes et un homme) ont participé à la recherche. Le tableau 14 dresse leur profil. La moyenne d'âge est de 44 ans (étendue 36 à 51 ans) avec une majorité se situant entre 40 et 49 ans. La majorité possède un diplôme de niveau collégial. Elles ont en moyenne 23,5 années d'expérience professionnelle (étendue 12 à 30 ans) et près de 75 % d'entre elles ont entre 20 et 29 années d'expérience. La moyenne d'années d'expérience en soins à domicile est de neuf ans (étendue 2 à 21 ans).

4.1.2 Profil sociodémographique de la clientèle

Chaque infirmière devait choisir deux clientes ou clients parmi leur charge professionnelle, soit une personne qui était considérée représentative d'un cas où l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien et une autre qui était considérée représentative d'un cas où cette autoprise en charge présente certaines difficultés ou défis. Un total de 30 clientes ou clients ont accepté que le chercheur accompagne leur infirmière lors d'une visite à domicile. Leur profil sociodémographique est présenté au tableau 15. La clientèle est composée d'un peu plus de femmes que d'hommes. Plus de 66% est âgée entre 61 ans et 90 ans, dont environ le tiers entre 71 ans et 80 ans. La distribution selon le sexe révèle un nombre presque égal de personnes dans les tranches d'âge avancées (71 ans à 90 ans), alors qu'on constate plus de femmes entre les âges de 51 ans à 70 ans. Seule la tranche des 31 ans à 40 ans compte uniquement des hommes.

Tableau 14
Profil sociodémographique des infirmières

Caractéristiques	n (n=15)	%
Sexe		
Femmes	14	93,3
Homme	1	6,7
Âge		
< 40 ans	3	20,0
40-49 ans	9	60,0
50 ans et plus	3	20,0
Niveau de scolarité		
Collégial	12	80,0
Baccalauréat	2	13,3
Maîtrise	1	6,7
Années d'expérience professionnelle		
10 – 19 ans	3	20,0
20 – 29 ans	11	73,3
30 ans et plus	1	6,7
Années d'expérience en soins à domicile		
2 – 9 ans	9	60,0
10 – 19 ans	4	26,7
20 ans et plus	2	13,3

La majorité de la clientèle possède une scolarité de niveau primaire et intermédiaire avec une proportion plus faible ayant un niveau secondaire, collégial et universitaire. Au plan du revenu familial, on constate que les deux tiers de cette clientèle a un revenu familial annuel inférieur à 30 000 \$, la proportion étant légèrement plus élevée chez les femmes. Les personnes retraitées ou n'ayant aucune occupation représentent une bonne partie des participants avec une proportion légèrement supérieure de femmes. Un peu moins du tiers de la clientèle cohabite avec un ou une conjointe avec une proportion légèrement plus élevée d'hommes dans cette catégorie. On constate

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Tableau 15
Profil sociodémographique de la clientèle

Caractéristiques	n (n=30)	%	Femmes (n=17)	Homme (n=13)
Sexe				
Femmes	17	56,7	--	--
Hommes	13	43,3	--	--
Âge				
81-90	5	16,7	3	2
71-80	10	33,3	5	5
61-70	5	16,7	4	1
51-60	4	13,3	3	1
41-50	2	6,7	1	1
31-40	3	10,0	0	3
21-30	1	3,3	1	0
Niveau de scolarité				
Aucun	1	3,3	1	0
Primaire	5	16,7	2	3
Intermédiaire	14	46,7	9	5
Secondaire	5	16,7	2	3
Collégial	3	10,0	2	1
Universitaire	2	6,7	1	1
Revenu familial				
0 – 9 999\$	2	6,7	2	0
10 000 – 19 999\$	9	30,0	5	4
20 000 – 29 999\$	9	30,0	5	4
30 000 – 39 999\$	4	13,3	2	2
40 000 – 49 999\$	1	3,3	0	1
60 000\$ et plus	1	3,3	0	1
Ne sait pas	4	13,3	3	1
Occupation				
Travail indépendant	1	3,3	0	1
Emploi rémunéré à temps complet	3	10,0	1	2
À la maison	10	33,3	6	4
Retraité(e)	16	53,3	10	6
Habitation				
Seul(e)	8	26,7	5	3
Avec enfant(s)	1	3,3	0	1
Avec conjoint(e)	9	30,0	4	5
Avec conjoint(e) et enfant(s)	4	13,3	3	1
Hébergement	8	26,7	4	4
Nombre de personnes aidantes				
Aucun	3	10,0	1	2
1 ou 2	9	30,0	7	1
3 ou 4	7	23,3	4	3
Entre 5 à 9	6	20,0	2	4
10 et plus	5	16,7	3	2

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

aussi qu'un peu plus du quart de la clientèle vit seule (un peu plus de femmes que d'hommes se retrouvent dans cette situation), tandis qu'un autre quart vit en hébergement, essentiellement des maisons d'accueil dites « privées » ou des résidences pour personnes âgées autonomes. En dernier lieu, soulignons que la majorité de la clientèle indique avoir une ou plusieurs personnes sur lesquelles elle peut compter au besoin.

4.1.3 Profil clinique de la clientèle selon le motif de référence aux soins à domicile

Il faut rappeler que les infirmières participant à l'étude n'étaient contraintes par aucun profil clinique ou critère diagnostic spécifique dans leur sélection de la clientèle. Néanmoins, il a été possible de dresser un profil clinique partiel de cette clientèle en se basant sur le motif de référence aux soins à domicile. L'examen de ce profil montre que la majorité de la clientèle était référée aux soins à domicile pour un changement de pansement, une faible proportion recevait de l'enseignement sur le diabète, quelques-uns recevaient une thérapie intraveineuse et un suivi pour la prise de médicaments (tableau 16).

À l'intérieur de la grande catégorie de changement de pansement, il a été possible d'établir des sous-catégories en fonction des informations obtenues auprès des infirmières. Il s'avère qu'un grand nombre d'entre eux sont atteints de diverses morbidités et co-morbidités chroniques, ou autres affectations nécessitant des changements de pansements afin de traiter des ulcères, plaies ou incisions. Seulement dans deux cas (6,7%), le changement de pansement était le résultat d'une affection aiguë ayant nécessité une intervention chirurgicale. L'ensemble des sous-catégories établies n'exclut pas la présence d'autres problèmes de santé (chroniques et aiguës) qui viennent parfois

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Tableau 16
Profil clinique de la clientèle selon le motif de référence aux soins à domicile

Motif de la référence	n (n=30)	%	Femmes (n=17)	Hommes (n=13)
Changement de pansement	22	73,3		
Incision, plaie (reliées à des complications post-opératoires)	5	16,7	3	2
Ulcère, plaie (reliés à l'atteinte du système tégumentaire secondaire à l'atteinte du système musculo-squelettique)	5	16,7	1	4
Ulcère, plaie (reliés aux complications du diabète et autres co-morbidité chroniques)	4	13,3	3	1
Ulcère, plaie, œdème (reliés à l'atteinte du système circulatoire périphérique)	4	13,3	2	2
Ulcère, plaie (reliés à l'atteinte du système tégumentaire)	2	6,7	1	1
Incision post-opératoire	2	6,7	2	0
Enseignement sur le diabète	4	13,3	2	2
Thérapie intraveineuse	2	6,7	1	1
Suivi prise de médicaments (évaluation)	2	6,7	2	0

s'ajouter et qui influencent les interventions infirmières. Par contre, ce profil fournit une bonne description de la nature des cas traités par les infirmières dans le cadre de leur travail quotidien. Les autres cas de changement de pansements, en ordre décroissant, sont reliés à des complications post-opératoires comme des incisions infectées ou des plaies rebelles dans cinq cas. Un nombre similaire de cas d'ulcères de décubitus ou des plaies reliées aux problèmes de mobilité est identifié. Viennent ensuite des ulcères et plaies reliés à des complications du diabète et une proportion similaire reliée à l'atteinte du

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

système circulatoire périphérique, mais non reliée au diabète. Deux cas présentent des maladies de la peau.

4.2 Interventions d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé observées lors des visites à domicile

Tel qu'expliqué dans le chapitre précédent, l'analyse des données d'observations des visites à domicile a permis la classification des interventions en fonction de la grille d'analyse issue de la recherche de St-Cyr Tribble et al. (2003). Dans l'ensemble, 60 interventions d'habilitation ont été observées, dont la totalité ont été classifiées à l'intérieur de cette grille. Le nombre et la distribution de ces interventions selon leur catégorie respective sont présentés au tableau 17.

Tableau 17
Interventions d'habilitation observées selon la catégorie d'intervention

Catégorie de l'intervention d'habilitation	Nombre	%
Contribue au lien thérapeutique	20	33,3
Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne	20	33.3
Facilite l'apprentissage	10	16,7
Permet l'exploration de différentes possibilités	6	10,0
Encourage et soutient la prise de décision	4	6.7
Total	60	100

Les deux premières catégories « **Contribue au lien thérapeutique** » et « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** » ont généré le plus d'interventions, suivi de la catégorie « **Facilite l'apprentissage** ». Ces trois catégories,

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

lorsque combinées, ont ainsi généré 84 % de toutes les interventions observées. Les deux dernières, « **Permet l'exploration de différentes possibilités** » et « **Encourage et soutient la prise de décision** », ont généré moins d'interventions. Avant d'aborder les détails concernant les catégories et leurs interventions respectives, certaines mises en garde sur l'interprétation des résultats s'imposent.

Tout d'abord, le nombre d'interventions ne représente qu'une typologie descriptive et ne présente pas la totalité des interventions qui ont été réalisées. La même intervention peut avoir été observée à maintes reprises durant la même visite. Pour établir la typologie, la même intervention n'était comptée qu'une seule fois. Le nombre d'interventions n'est donc pas représentatif du nombre de fois que l'intervention a été observée, ni de l'importance de celle-ci en fonction du contexte de la situation. Ce décompte va davantage servir à la dernière section de ce chapitre consacrée à la mise en contexte des situations de soins.

Cette mise en garde s'applique aussi à la description des interventions par catégorie des prochaines sections. Tout d'abord, les interventions se réalisent à travers toutes les catégories et la catégorisation ainsi dégagée ne sert qu'aux fins de la présentation des interventions. Aussi, ces interventions ont été placées en fonction des plus observées aux moins observées. Dans les tableaux qui suivent, elles sont divisées par quartile : 75% et plus des visites, 50% à moins de 75%, 25% à moins de 50% et moins de 25% des visites. Cependant, une intervention moins observée n'implique pas qu'elle est moins importante selon la situation. De plus, il faut rappeler que les observations ont été faites au cours d'une seule visite à domicile. Il se peut donc que d'autres interventions aient eu lieu lors de visites antérieures ou auront lieu lors de visites subséquentes. Ces

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

prises en garde faites, les sections suivantes décriront une panoplie d'interventions faisant partie du travail infirmier des soins à domicile telles qu'observées dans le cadre de la présente étude.

4.2.1 Interventions d'habilitation de la catégorie « Contribue au lien thérapeutique »

L'ensemble des interventions dans cette catégorie jouent un rôle pour établir, maintenir et soutenir la relation thérapeutique (tableau 18). Il faut noter que dans la majorité des cas, cette relation était déjà amorcée au moment des visites observées puisque de nombreuses visites avaient déjà eu lieu. Il est intéressant de constater la variété des interventions à l'intérieur de cette catégorie, ce qui suggère qu'à chaque visite, l'infirmière intervient pour maintenir cette relation.

Des vingt interventions observées, neuf se retrouvaient dans la grille initiale. Une seule intervention de la grille n'a pas été observée, soit « Réagit aux émotions exprimées ». Onze nouvelles interventions ont donc été ajoutées (elles sont indiquées par des cases ombrées au tableau 18). Aucune intervention n'a été observée dans le quartile supérieur.

Deux interventions se situent dans le deuxième quartile. La première, « Écoute les préoccupations », a été la plus observée et sert de fil conducteur pour le maintien de la relation. La plupart des visites ont débuté par cette intervention et elle est répétée à plusieurs reprises en fonction des réactions de la clientèle. L'extrait qui suit est typique de ce type d'intervention :

« **Infirmière (I)** : il me semble que t'avais dit au début que tu arrêterais de fumer.
Client (C) : Oui, mais c'est dur.
I : C'est dur.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

C : Puis je fais rien en plus.

I : Tu fais quoi?

C : Je fais rien, tu sais qu'est-ce que je veux dire. (Visite à domicile 01D) »

Tableau 18
Interventions d'habilitation observées dans la catégorie « Contribue au lien thérapeutique »

Interventions = 20*
Observées dans 50 % à moins de 75 % des visites
Écoute les préoccupations
Initie une conversation hors sujet
Observées dans 25 % à moins de 50 % des visites
Sécurise la personne
Utilise de l'humour
S'informe de l'état de santé
Renforce les initiatives prises par la personne
Demande des précisions
Répond aux préoccupations
S'informe/réagit aux paramètres anormaux
Explique l'intervention
S'informe des autres problèmes de santé
Observées dans moins de 25 % des visites
Laisse exprimer les craintes
Réconforte
Écoute les préoccupations de l'entourage
Enquête sur la situation de la personne
Laisse exprimer les émotions
Réagit aux craintes exprimées
Propose méthode de résolution de problème
Sécurise membre de l'entourage
Exprime son inquiétude

* Les cases ombrées indiquent les nouvelles interventions qui n'étaient pas incluses dans la grille d'observation initiale présentée à l'Annexe A, ce qui veut dire qu'il y a donc eu émergence.

Une deuxième intervention, « Initie une conversation hors-sujet » a seulement émergé après quelques analyses de visites. Au départ, des échanges entre l'infirmière et la

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

clientèle n'étaient pas codées comme une intervention, mais comme de la conversation anodine. Or, le fait que ce genre d'échanges soit ressorti dans nombreuses analyses subséquentes, a obligé une relecture. Visiblement, bien que le contenu puisse *a priori* sembler anodin, sa fonction ne l'était pas. Il s'agissait en fait d'une intervention d'entrée en matière ou servant à remplir les temps morts lors d'une intervention longue comme l'administration d'un soluté ou l'exécution d'un pansement complexe. Souvent, elle servait de tremplin permettant d'aborder des thèmes reliés à la situation de la personne, contribuant ainsi au lien thérapeutique. L'extrait suivant illustre bien une conversation de ce genre lors d'une visite à domicile chez une dame âgée durant laquelle l'infirmière vérifie la tension artérielle :

« **Infirmière (I)** : Je vais vérifier votre pression de nouveau.

Cliente (C) : C'est des laids bras, ça. (Rires)

I : Des laids bras? Qu'est-ce que vous voulez dire? (Rires.) Ils sont beaux, vos bras.

C : Je voulais que ça monte trop vite, parce que j'ai eu 17 enfants à « *watcher* » (surveiller, élever). (Rires.) Savoir où ils sont tous.

I : Dix-sept enfants!

C : C'est ça, hein. Tu te couches le soir et tu te demandes est-ce qu'il ne fait pas le diable à quelque part, puis il y a toutes sortes d'affaires qui se passent dans la tête. Il y en a qui sont haïssables.

I : C'est pour ça que vous n'avez pas eu le temps de vieillir. Vous êtes trop occupée. » (Visite à domicile 04B)

Neuf interventions se retrouvent au troisième quartile dont trois ayant fait partie de la grille initiale (« S'informe de l'état de santé », « Demande des précisions » et « Répond aux préoccupations »). Six autres interventions sont venues s'ajouter à cette liste. Au nombre de celles-ci, notons « Utilise de l'humour », qui joue un rôle similaire à « Initie une conversation hors-sujet » vue précédemment, dans le sens qu'elle permet

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

souvent d'alléger l'atmosphère et ouvre la porte pour aborder des thèmes de nature plus délicate ou plus problématique.

Parmi les autres interventions de ce quartile, on retrouve celle de « Sécurise la personne », qui sert à rassurer la personne, par exemple, lorsqu'elle s'inquiète de la lenteur de la guérison d'une plaie ou des données anormales d'un rapport de laboratoire. Il s'agit d'émettre des propos rassurants par le recadrage de l'information et par la mise en perspective. Une intervention similaire à cette dernière est celle d'« Expliquer l'intervention » où l'infirmière procède à une explication d'une intervention spécifique. Elle était souvent utilisée lorsqu'une personne exprimait des craintes par rapport à la lenteur de la guérison d'une plaie, par exemple. Cette intervention peut s'apparenter à une forme d'enseignement sauf qu'elle sert davantage à rassurer et à gagner la confiance de la personne.

L'intervention « Renforce les initiatives prises par la personne » en est une qui agit comme source d'encouragement lorsque la personne a entrepris des actions positives pour améliorer sa situation. Par exemple, lorsqu'une personne diabétique fait part des mesures prises pour surveiller sa diète ou d'avoir bien exécuté un autosoin comme l'utilisation d'un glucomètre ou l'injection d'insuline. Une autre intervention souvent observée chez les personnes diabétiques ayant des difficultés à maintenir un bon niveau de glycémie est celle de « S'informe/réagit aux paramètres anormaux ». Cette intervention donne l'occasion d'exprimer leurs perceptions des difficultés rencontrées. À plusieurs occasions, cette intervention servait de tremplin à d'autres interventions, notamment à faire de l'enseignement sur le contrôle de la glycémie ou à donner des conseils pour y arriver.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Les interventions du dernier quartile, quoique moins observées, exercent aussi une fonction dans le maintien de la relation thérapeutique. Plusieurs d'entre elles se retrouvaient dans la grille initiale. Parmi les nouvelles interventions, certaines s'adressent à l'entourage des personnes soignées dont celles d'écouter leurs préoccupations et de les sécuriser. D'autres extraits typiques des interventions dans cette catégorie sont présentés à l'annexe F.

4.2.2 Interventions d'habilitation de la catégorie « Travaile à partir du point de vue et des forces de la personne »

Cette catégorie regroupe les interventions pour lesquelles l'infirmière sollicite, auprès de la personne soignée et de son entourage le cas échéant, des informations qui l'aide à organiser et à planifier les soins (tableau 19). C'est donc une manière de déterminer leurs perceptions vis-à-vis leur situation et d'agir en conséquence. Tout comme la catégorie précédente, 20 interventions ont été observées. C'est cependant la catégorie à l'intérieur de laquelle il y a eu le plus de nouvelles interventions observées en fonction de la grille initiale d'observation. Au départ, il y avait cinq interventions dans cette grille dont deux n'ayant pas été observées (« Invite à nommer les forces » et « Nomme les forces et les valorise »). Aucune intervention n'a été observée dans le quartile supérieur.

Deux interventions se situent dans le deuxième quartile. Celle qui s'est présentée dans le plus grand nombre de cas est « Vérifie la satisfaction des besoins ». Cette vérification se fait en lien avec le motif de la visite, mais s'étend pour enquêter sur plusieurs besoins de manière plus globale. En fait, l'analyse a permis de déceler une dizaine de thèmes reliées à cette vérification. Ces thèmes varient de vérifier le sommeil, le

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

confort (douleur), aux activités physiques et à la satisfaction des besoins primaires tels que la nutrition, l'élimination ou la respiration, selon les particularités de chaque situation.

Tableau 19
Interventions d'habilitation observées dans la catégorie « Travaile à partir du point de vue et des forces de la personne »

Interventions = 20*
Observées dans 50 % à moins de 75 % des visites
Vérifie la satisfaction des besoins (englobe 10 thèmes)
Vérifie le suivi médical
Observées dans 25 % à moins de 50 % des visites
S'informe des préférences pour les soins
Vérifie le confort avec les soins prodigués
Demande son opinion
Invite à s'exprimer sur son état/problème
S'informe auprès de l'entourage... (englobe 7 thèmes)
Vérifie la surveillance des paramètres physiologiques identifiés par la personne
S'informe du processus de guérison tel que perçu par la personne
Observées dans moins de 25 % des visites
Vérifie le suivi des autres professionnels de la santé
S'informe des soins faits par la personne
Exprime sa disponibilité
Sollicite la participation d'un membre de l'entourage
Vérifie l'approvisionnement en matériel
Vérifie l'information reçue sur un traitement
S'informe des soins faits par collègue
S'informe des comportements à risque
Vérifie, auprès de l'entourage, le suivi des autres professionnels de la santé
Vérifie, auprès de l'entourage, la préparation et disponibilité pour faire les soins
Intervient selon les préférences de la personne

* Les cases ombrées indiquent les nouvelles interventions qui n'étaient pas incluses dans la grille d'observation initiale présentée à l'Annexe A, ce qui veut dire qu'il y a donc eu émergence.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Ces vérifications de la part des infirmières font partie du travail d'évaluation de routine. Cependant, au fur et à mesure que l'analyse progressait, on a constaté que ces vérifications permettaient aussi d'explorer d'autres thèmes ou problèmes soulevés par la personne. Dans l'extrait suivant, l'infirmière vérifie la mobilisation auprès d'une cliente avec un pansement à la jambe :

- « **Infirmière (I)** : Est-ce que vous marchez plus?
Cliente (C) : Un petit peu, oui.
I : Oui. Est-ce que vous avez commencé avec votre « walker » (marchette)?
C : Oui.
I : Combien de fois?
C : J'ai marché comme quatre fois hier.
I : C'est bon. » (Visite à domicile 03B)

Une autre intervention observée dans ce quartile est celle de « Vérifie le suivi médical ». Cette vérification a aussi plusieurs fonctions. Elle permet souvent à l'infirmière de s'informer des derniers développements en ce qui a trait au suivi médical, en plus de permettre à la personne de s'exprimer sur ce suivi ou de demander à l'infirmière de donner de l'information au besoin. Pour l'infirmière, cette vérification du suivi médical permet de voir ce que la personne comprend ou ne comprend pas sur ce suivi et, au besoin, lui permet aussi d'assurer la continuité des soins. L'extrait qui suit illustre cette intervention alors que l'infirmière s'informe auprès d'un client atteint de diabète quant à une visite au médecin au sujet d'une plaie sur le pied :

- « **Infirmière (I)** : Est-ce qu'il a regardé les pieds hier?
Client (C) : Oui.
I : Puis qu'est-ce qu'il a dit?
C : Il seulement regardé celui-là. Il a dit que ça venait beaucoup mieux. »
 (Visite à domicile 02D)

Au troisième quartile, quatre interventions ont été fréquemment observées lors de l'exécution de pansements. Elles sont : « S'informe des préférences pour les soins »,

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

« Vérifie le confort avec les soins prodigués », « Demande son opinion » et « S'informe du processus de guérison tel que perçu par la personne ». Dans la première, l'infirmière sollicite l'avis de la personne en ce qui a trait aux particularités du pansement en cours d'exécution. Dans plusieurs cas, elle vérifie ensuite le confort avec le pansement ou s'informe du degré de confort pendant le traitement. Dans certains cas, elle demande même l'opinion de la personne sur la manière de faire le pansement afin de le rendre plus confortable ou plus solide jusqu'au prochain changement. Ce genre d'intervention est un exemple de manière dont l'infirmière permet aux personnes de prendre une part active dans leur soin.

L'intervention « S'informe du processus de guérison tel que perçu par la personne » a été souvent observée dans les cas du soin d'une plaie où la guérison est lente. L'analyse a démontré qu'elle joue plusieurs rôles. Tout d'abord, le fait que l'infirmière s'informe du processus tend à impliquer la personne dans la surveillance ou l'évaluation de la progression. Ensuite, l'infirmière est en mesure de voir comment la personne perçoit cette progression. Le fait de solliciter ses perceptions ouvre la porte à d'autres interventions. Par exemple, lorsque la personne est découragée face à une progression lente, l'occasion se présente pour écouter les préoccupations, la sécuriser, la réconforter ou l'aider à corriger ses perceptions.

Une intervention ayant une fonction similaire à cette dernière est celle d'« Inviter à s'exprimer sur son état/problème ». Souvent, cette intervention survenait durant un traitement de longue durée (gros pansement, thérapie intraveineuse). Il s'agit d'une autre manière pour l'infirmière de déceler les perceptions des personnes vis-à-vis leur parcours et d'ouvrir la porte à d'autres interventions qui contribuent au lien thérapeutique.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Une autre intervention représentative de la manière dont l'infirmière sollicite la participation active de la clientèle ainsi que du chevauchement d'interventions provenant d'autres catégories est celle de « Vérifie la surveillance des paramètres physiologiques identifiés par la personne ». Elle a été fréquemment observée chez des personnes nouvellement diagnostiquées diabétiques alors qu'on leur apprend à utiliser un glucomètre et à inscrire les résultats dans un carnet. Lorsque l'infirmière vérifie ce carnet avec la personne, l'occasion se présente pour solliciter une foule d'autres informations, entre autres, la compréhension de la diète et l'enseignement des mesures à prendre pour contrôler les glycémies.

Une dernière intervention notoire dans ce troisième quartile, observée dans les situations où des personnes de soutien étaient présentes, est celle de « S'informe auprès de l'entourage ». En fait, la sollicitation de renseignements auprès de l'entourage englobe sept thèmes qui touchent divers aspects des soins prodigués par un membre de la famille. Il peut s'agir de s'informer sur des soins qui lui ont été faits, de la satisfaction des besoins ou d'autres manifestations reliées aux problèmes de santé chroniques. Peu importe le thème abordé, sa fonction est tout d'abord de compléter l'information fournie par la personne soignée. Ensuite, elle ouvre la porte au membre de l'entourage à s'exprimer ou à faire part de ses inquiétudes, démontrant ainsi le lien thérapeutique qui peut s'établir avec le proche aidant. De par ce lien, l'infirmière a souvent l'occasion d'intervenir auprès du proche aidant au même titre qu'auprès de la personne soignée. Il peut s'agir, entre autres, de faire de l'enseignement et d'offrir des conseils et suggestions sur divers thèmes reliés aux soins de la personne.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

De nombreuses interventions ont été observées dans le dernier quartile. Observées dans moins de cas, elles ont aussi la fonction de solliciter le point de vue des personnes, de renforcer leur participation aux soins, ouvrant ainsi la porte à d'autres interventions selon le besoin. Des interventions telles que « S'informe des soins faits par la personne », « Sollicite la participation d'un membre de l'entourage » ou « Intervient selon les préférences de la personne » ne sont que quelques exemples d'interventions dans cette catégorie. D'autres extraits de cette catégorie sont fournis à l'annexe F.

4.2.3 Interventions d'habilitation de la catégorie « Facilite l'apprentissage »

Cette catégorie regroupe les interventions qui englobent diverses facettes liées à l'apprentissage. Dix interventions ont été observées dans cette catégorie dont l'une qui se retrouve dans le premier quartile, c'est-à-dire qu'elle a été observée dans 75% ou plus des visites. Les autres interventions se retrouvent dans les troisième et quatrième quartiles. Cinq nouvelles interventions ont été observées lesquelles s'ajoutent aux cinq qui se retrouvaient dans la grille d'analyse initiale (tableau 20).

L'intervention la plus observée est celle de « Fait de l'enseignement ». Cette intervention a comme particularité de regrouper une multitude de thèmes dont plusieurs sont abordés durant une même visite. Parmi les thèmes reliés à l'enseignement, on note celui de « Fait de l'enseignement sur le processus de guérison », observé dans plus de 50% des visites. Dans le cadre de cette intervention, l'infirmière explique, durant le changement d'un pansement, la progression de la guérison. Ceci se réalisait, par exemple, en faisant part de ses observations depuis qu'elle soigne la personne. Cette intervention était souvent précédée de l'intervention « S'informe du processus de guérison tel que perçu par la personne », abordée dans la catégorie précédente. Elle constitue en fait une

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

intervention qui illustre l'enchaînement des interventions à travers les catégories. Le fait d'aller chercher la perception de la guérison permet de faire de l'enseignement qui, en même temps, permet d'écouter les préoccupations face à cette guérison, le cas échéant. L'ensemble des interventions peut ainsi servir à sécuriser la personne. L'extrait suivant constitue un bon exemple alors que l'infirmière se prépare à changer un pansement à la jambe de sa cliente :

- « **Infirmière (I)** : J'ai hâte de voir comment ça va être.
Client(e) (C) : Est-ce que ça regarde mieux? Il y a encore quelque chose dessus.
I : C'est vraiment pas pire. À chaque fois qu'ils vont, ils débrident tout le temps.
C : Il me semble que ça change pas beaucoup.
I : Ben, moi je trouve que c'est moins creux.
C : Moins creux?
I : Oui. » (Visite à domicile 03B)

Tableau 20
Interventions d'habilitation observées dans la catégorie « Facilite l'apprentissage »

Interventions = 10*
Observées dans 75% et plus des visites
Fait de l'enseignement sur... (englobe 7 thèmes)
Observées dans 25% à moins de 50% des visites
Explique soins faits ou à faire
Vérifie ce que la personne sait et comprend (englobe 15 thèmes)
Enseigne à un membre de l'entourage
Explique la procédure de soins
Observées dans moins de 25% des visites
Révisé les informations données
Observe l'exécution des soins
Fait la démonstration des soins
Encourage la participation aux soins
Vérifie, auprès de l'entourage, les connaissances face au régime médicamenteux

* Les cases ombrées indiquent les nouvelles interventions qui n'étaient pas incluses dans la grille d'observation initiale présentée à l'Annexe A, ce qui veut dire qu'il y a donc eu émergence.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Parmi les autres thèmes reliés à l'enseignement observés assez fréquemment, soulignons celui relié à l'enseignement des techniques de soins comme tel. Il peut s'agir de la technique du pansement dans le cas des personnes qui ont changé leur pansement entre les visites de l'infirmière. L'enseignement de l'utilisation d'un glucomètre a aussi été observé à plusieurs reprises. Il en est de même pour l'enseignement de l'examen physique qui était souvent relié à la surveillance des téguments afin de déceler, par exemple, l'apparition ou l'aggravation de plaies ou de gerçures chez les personnes atteintes de diabète. D'ailleurs, pour ces dernières, plusieurs interventions d'enseignement ont aussi été observées. Notons entre autres, l'enseignement de la surveillance des paramètres physiologiques. Au-delà de leur apprendre comment utiliser un glucomètre, cette intervention englobait des aspects comme l'établissement d'un horaire routinier qui puisse mieux jauger les fluctuations ou l'enseignement des niveaux de glycémie à atteindre. Cette intervention est bien illustrée dans l'extrait qui suit dans lequel l'infirmière fait de l'enseignement auprès d'une dame âgée nouvellement diagnostiquée diabétique :

« **Cliente (C)** : Vraiment, comment faudrait que ça viendrait là pour que ça soit normal?

Infirmière (I) : Ben, pour que ça soit bien contrôlé, là, vraiment bien contrôlé, si vous pouvez les maintenir en bas de 10.

C : En bas de 10.

I : Six à huit, là, surtout en bas de 12. Il faut essayer de les garder en bas de 12, là, vous étiez vraiment haut, vous là. Vous étiez 19, 20. Oui, passé 20. 21, 22. Alors là, c'est pas mal plus beau, là.

C : Oui. » (Visite à domicile 04B)

Les autres interventions de la présente catégorie se retrouvent au troisième quartile et illustrent les différentes formes que peuvent prendre les interventions qui facilitent

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

l'apprentissage. L'une d'elles, « Vérifie ce que la personne sait et comprend », est particulièrement notoire en raison de la variété des thèmes qui sont abordés. En fait, une quinzaine de thèmes ont été dénombrés. Cette vérification sert à évaluer ce que la personne a compris de l'enseignement fait lors de visites précédentes ou de la visite en cours. Après vérification, l'infirmière peut alors renforcer l'enseignement au besoin. Les thèmes fréquemment abordés entouraient les différentes facettes reliées au diabète telles que la surveillance des glycémies, la compréhension de la diète, les symptômes d'hyper et d'hypoglycémie et la surveillance des téguments. D'autres thèmes souvent abordés étaient notamment centrés sur la compréhension du régime médicamenteux et les techniques de soins enseignées.

Deux interventions catégorisées comme faisant partie de l'apprentissage sont « Explique les soins faits ou à faire » et « Explique la procédure de soins ». Lors de la première, l'infirmière fait un bilan des soins qui ont été effectués et aborde ceux à venir. Il s'agit d'une révision du plan de soins établi. La personne peut alors questionner ou demander des précisions. La deuxième intervention a été observée lors de l'exécution de techniques de soins au cours de laquelle l'infirmière explique en détail ce qu'elle est en train de faire. Cette intervention se réalise souvent en réponse à une demande de la part de la personne et permet à celle-ci de connaître les particularités d'une procédure ou d'une intervention. Une dernière intervention du troisième quartile est l'enseignement fait à un membre de l'entourage participant aux soins. Cette intervention se fait de la même manière qu'avec la personne soignée et elle aborde différents thèmes selon le besoin manifesté ou observé.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Les interventions du dernier quartile sont aussi des exemples de différentes facettes de l'apprentissage : « Observe l'exécution des soins », « Fait la démonstration des soins » et « Encourage la participation aux soins » sont des interventions qui illustrent des stratégies permettant aux personnes d'apprendre à exécuter leurs autosoins. L'annexe F présente des extraits typiques des interventions de la catégorie « **Facilite l'apprentissage** ».

4.2.4 Interventions d'habilitation de la catégorie « Permet l'exploration de différentes possibilités »

Cette catégorie regroupe les interventions qui permettent aux personnes d'envisager d'autres possibilités, soit en fournissant des conseils comme solutions possibles aux problèmes qui se présentent, soit en fournissant de l'information sur la continuité de soins ou sur d'autres traitements. Les interventions dans cette catégorie diffèrent de celles de la catégorie précédente dans la mesure où elles agissent comme supplément d'information, ou comme suggestions d'actions. La grille initiale d'observation comportait cinq interventions, toutes observées ici, avec l'ajout d'une nouvelle intervention (tableau 21).

L'intervention « Assure la continuité des soins » a été la plus observée dans cette catégorie. L'infirmière informait la personne des mesures entreprises ou qui seront entreprises afin d'assurer la continuité des soins. Dans une bonne partie des cas, on indiquait à la personne qu'un contact avec le médecin traitant serait fait afin de l'informer de différents aspects reliés aux soins et au suivi de la personne. Il pouvait s'agir, par exemple, de rapporter les résultats d'examens de laboratoire, de l'informer de la

Tableau 21
Interventions d'habilitation observées dans la catégorie « Permet l'exploration de différentes possibilités »

Interventions = 6*
Observées dans 75 % et plus des visites
Assure la continuité des soins
Observées dans 50 % à moins de 75 % des visites
Donne des conseils (englobe 18 thèmes)
Observées dans 25 % à moins de 50 % des visites
Donne des informations
Corrige les perceptions
Observées dans moins de 25 % des visites
Facilite l'accès à diverses ressources
Invite la personne à se questionner

* La case ombrée indique une nouvelle intervention qui n'était pas incluse dans la grille d'analyse initiale.

progression de la guérison ou des difficultés particulières avec le régime médicamenteux pouvant entraîner de nouvelles ordonnances médicales. Dans d'autres cas, l'infirmière indiquait comment elle allait informer l'infirmière de relève ou un autre professionnel de la santé de certaines particularités liées aux soins de la personne afin d'assurer la continuité. L'extrait suivant est typique de cette intervention :

« **Infirmière** : [Tension artérielle] était 120 sur 106, 128 sur 104. Puis la deuxième fois que je suis venue, [elle était] 140 sur 106. Moi je crois que je vais envoyer une lettre au docteur pour lui donner un compte-rendu. » (Visite à domicile 01D)

Au deuxième quartile, l'intervention « Donne des conseils » a été fréquemment observée. Ces conseils abordent une multitude de thèmes et se distinguent d'une intervention qui facilite l'apprentissage parce qu'il s'agit, dans la plupart des cas, de suggestions d'actions que la personne est invitée à poursuivre. La variété de conseil rend

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

difficile leur classification dans des catégories spécifiques. Certains sont centrés sur le partage de « trucs » pour faciliter certaines techniques de soins comme la prise de la glycémie ou comment faire un horaire pour la prise de glycémies. D'autres conseils sont reliés à la satisfaction de besoins, comme des suggestions pour maintenir une bonne hydratation ou accroître l'activité physique, ou encore des suggestions sur la prise de médicaments, tel que de proposer un horaire pour minimiser les oublis. Certains conseils invitaient la personne à préparer des questions à poser au médecin traitant lorsqu'une consultation était prévue. Dans certains cas, ces conseils étaient offerts en réponse à des questions spécifiques des personnes, alors que dans d'autres cas, l'infirmière prenait l'initiative de les offrir au cours de l'entretien. Un exemple de cette intervention est l'objet de l'extrait suivant :

« **Client (C)** : Demain il faut que j'aille le voir puis il va m'expliquer je crois ben – elle dit demande-lui des questions en masse. Elle dit de ne pas m'énervé.

Infirmière : Ben, si je peux vous donner un conseil, écrivez vos questions parce qu'une fois que vous allez arriver là, assez énervé, vous allez plus vous rappeler de rien.

C : Oui, c'est vrai. » (Visite à domicile 01B)

Au troisième quartile, les interventions « Donne de l'information » et « Corrige les perceptions » étaient souvent reliées. Elles pouvaient survenir, par exemple, en réponse à des inquiétudes exprimées par la personne par rapport à un traitement de chimiothérapie qu'elle doit recevoir. En l'écoutant, l'infirmière se rendait compte que l'information sur le traitement était partielle ou même erronée. Elle expliquait le traitement, corrigeant du même coup les perceptions. Tout comme l'intervention précédente de donner des conseils, les thèmes abordés étaient variés et la plupart étaient

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

en réponse aux demandes des personnes. Des extraits typiques des interventions de la catégorie « **Permet l'exploration de différentes possibilités** » se retrouvent à l'annexe F.

4.2.5 Interventions de la catégorie « **Encouragement et soutien la prise de décision** »

Cette dernière catégorie regroupe les interventions qui viennent renforcer la capacité de la personne de décider des actions ou mesures à entreprendre en vue de favoriser divers aspects de l'autoprise en charge de sa santé. La grille initiale d'analyse comprenait six interventions dont quatre ont été observées (tableau 22). Les deux interventions non observées sont « **Accepte la décision et ajuste l'intervention en conséquence** » et « **Adapte le rythme de l'intervention à celui de la personne** ».

Tableau 22
Interventions d'habilitation observées dans la catégorie « Encouragement et soutien la prise de décision »

Interventions = 4
Observées dans moins de 25% des visites
Apporte des informations nécessaires à la prise de décision
Offre des alternatives
Invite la personne à décider des solutions à entreprendre aux problèmes/besoins exprimés
Invite la personne à accepter ou non l'aide offerte

La particularité de cette catégorie est que toutes les observations se situent au quatrième quartile. Dans l'extrait suivant, l'intervention « **Apporte de l'information nécessaire à la prise de décision** » est illustrée. L'infirmière s'entretient avec un client qui est réticent à procéder à un examen nécessitant une admission hospitalière :

« **Infirmière** : Tu sais comment le médecin voulait que tu sois admis, la raison qu'elle voulait c'était que ça irait plus vite pour avoir l'artériogramme. [...] elle pourrait voir pourquoi ça se fait ça. Il n'y a pas juste les veines dans ta jambe qui nourrissent ta jambe. Il y a ce qu'on appelle le système lymphatique aussi,

qui nettoie les déchets et c'est pour cela que ça serait bien. Aussitôt que tu dirais oui, moi j'ai juste besoin de lui dire et elle te mettrait et l'on pourrait mieux voir pourquoi ça se produit tout cela dans ta jambe. »
(Visite à domicile 05D)

Le peu d'interventions observées est peut-être attribuable au fait que l'observation de la majorité des visites a eu lieu à un moment où le suivi était déjà amorcé depuis plusieurs semaines, voire des mois. Il se peut que des observations faites au début du suivi auraient permis de ressortir plus d'interventions dans cette catégorie. Quoiqu'il en soit, les interventions de « Apporte des informations nécessaires à la prise de décision », « Offre des alternatives ou « Invite la personne à accepter l'aide offerte » sont des exemples d'interventions où la prise de décision est nécessaire. Quelques extraits typiques se retrouvent à l'annexe F.

En guise de synthèse à cette section sur les interventions d'habilitation observées lors des visites à domicile, l'analyse a permis de classer les interventions en cinq catégories. De plus, plusieurs nouveaux indicateurs d'interventions d'habilitation ont émergé de l'analyse en comparaison avec les indicateurs que se trouvaient dans la grille initiale d'observation (Annexe A). On constate aussi que la majorité des interventions se retrouvent dans trois catégories, soit « **Contribue au lien thérapeutique** », « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** » et « **Facilite l'apprentissage** ». La catégorie de « **Permet l'exploration de différentes possibilités** » arrive au quatrième rang, suivie de « **Encourage et soutient la prise de décision** », qui présente le moins d'interventions. Il importe de préciser que la présentation des interventions dans les sections précédentes ne tenait pas compte des contextes des situations de soins observées. À ce titre, les résultats des observations ne sont pas une indication de l'importance des

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

interventions individuelles. En d'autres mots, une intervention moins observée ne signifie pas qu'elle a été moins importante selon le contexte de la situation. Le contexte des interventions sera abordé dans la dernière section de ce chapitre. La prochaine section aborde les résultats relatifs aux interventions que les infirmières ont rapportées lors des entrevues.

4.3 Interventions d'habilitation rapportées aux entrevues avec les infirmières

Les entrevues réalisées auprès des infirmières étaient structurées de telle sorte qu'elles discutent de chaque situation de soin choisie comme représentative de cas où l'autoprise en charge de santé se déroulait bien et de cas où cette autoprise en charge présentait des défis et difficultés. Les questions étaient notamment axées sur leurs motifs du choix ainsi que sur divers aspects reliés à leurs interventions. En plus de présenter des particularités propres aux situations de soins choisies, l'entrevue permettait aux infirmières d'émettre leurs opinions, idées et commentaires sur les situations de soins ainsi que sur divers aspects reliés à leur pratique. La présente section traite plus spécifiquement des interventions qu'elles ont rapportées en lien avec la situation de la clientèle. Les autres éléments ressortis des entrevues feront l'objet d'une section ultérieure. Tel que mentionné dans le chapitre sur la méthodologie, l'exercice de dégager les interventions à même les entrevues a suivi la même procédure que les visites à domicile, en utilisant la grille d'analyse issue de la recherche de St-Cyr Tribble et al. (2003).

L'analyse a permis de dégager 43 interventions d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé rapportées par les infirmières lors des entrevues. L'ensemble des interventions a pu être classé dans les catégories existantes de la grille d'analyse. De plus,

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

la majorité des interventions rapportées lors des entrevues ont été observées lors des visites à domicile. Seules deux interventions rapportées par les infirmières n'ont pas fait l'objet d'observations. Le nombre et la distribution des interventions par catégorie sont présentés au tableau 23. Aux fins de comparaison, les interventions observées lors des visites à domicile sont aussi présentées.

Tableau 23
Catégorisation des interventions d'habilitation rapportées aux entrevues avec les infirmières en comparaison avec celles observées par le chercheur lors des visites à domicile

Catégorie de l'intervention d'habilitation	Interventions rapportées		Interventions observées	
	Nombre	%	Nombre	%
Contribue au lien thérapeutique	16	37,2	20	33,3
Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne	10	23,3	20	33,3
Facilite l'apprentissage	7	16,3	10	16,7
Permet l'exploration de différentes possibilités	5	11,6	6	10,0
Encourage et soutient la prise de décision	5	11,6	4	6,7
Total	43	100	60	100

On constate que le regroupement des interventions rapportées aux entrevues suit essentiellement la même typologie descriptive établie avec les interventions observées lors des visites à domicile. Ceci s'observe au plan du rang des interventions par catégorie ainsi que leur distribution à l'intérieur des catégories. D'après le tableau 23, la catégorie « Contribue au lien thérapeutique » présente le plus d'interventions suivi de

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

« **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** ». La catégorie de « **Facilite l'apprentissage** » arrive au troisième rang. Ces trois catégories regroupent alors plus du trois quart des interventions. Les deux dernières catégories, « **Encourage et soutient la prise de décision** » et « **Permet l'exploration des différentes possibilités** », présentent moins d'interventions.

En comparant ces interventions avec les interventions observées, la plupart des catégories présentent une distribution assez similaire à l'exception de la catégorie « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** » où dix interventions sont ressorties des entrevues alors que 20 interventions ont été observées lors des visites à domicile. Ces similitudes dans le rang et la distribution sont intéressantes si l'on tient compte du fait que les analyses des visites à domicile et des entrevues ont été faites séparément. Dans un premier temps, les similitudes illustrent une bonne zone de convergence (Miles et Huberman, 1994), au plan descriptif, entre les interventions que le chercheur a observé lors des visites à domicile et celles que les infirmières ont rapportées lors des entrevues. Dans un deuxième temps, cette zone de convergence serait une indication de la pertinence et de la validité de la grille d'analyse issue de la recherche de St-Cyr Tribble et al. (2003) pour catégoriser les interventions d'habilitation. Ces points seront discutés davantage dans le prochain chapitre.

En ce qui a trait aux principales différences, notamment au plan du nombre d'interventions, il y a eu moins d'interventions rapportées aux entrevues que celles observées. Ce décalage peut d'une part s'expliquer par le fait qu'on ne pouvait pas s'attendre à ce que les infirmières se remémorent la totalité des interventions réalisées lors de l'entrevue. D'autre part, il peut aussi s'expliquer par la stratégie de l'observation des

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

visites à domicile comme telle, et leur analyse subséquente, pour déceler les interventions d'habilitation. Certaines interventions observées ne sont peut-être pas considérées comme des interventions comme telles par les infirmières. C'est grâce à l'analyse que leur fonction comme intervention a été décelée et souligne peut-être l'utilité de l'observation à cette fin. Ce point sera illustré davantage dans les prochaines sections et fera également l'objet de la discussion au prochain chapitre.

Afin d'aborder les interventions par catégorie, une classification similaire à la section précédente a été utilisée. Dans les tableaux de cette section, les interventions sont présentées par quartile, des plus rapportées aux moins rapportées, tout en se rappelant qu'une intervention moins rapportée ne signifie pas qu'elle n'est pas importante selon le contexte de la situation. Pour faciliter la comparaison entre les interventions rapportées et observées, ces dernières sont placées côte à côte. De plus, un système de cases ombrées a été utilisé pour signaler les quelques différences entre les deux. Tout d'abord, puisqu'il y a plus d'interventions qui ont été observées, le gris foncé est utilisé pour indiquer celles qui n'ont pas été rapportées lors des entrevues. Ensuite, puisque la typologie descriptive des interventions permet de déceler leur fréquence, le gris pâle a été utilisé pour indiquer les interventions que les infirmières ont rapportées à une fréquence plus élevée qu'elles n'ont été observées. Inversement, le gris légèrement foncé indique les interventions rapportées à une fréquence moins élevée qu'elles n'ont été observées. Seule une catégorie d'intervention a présenté des interventions qui n'ont pas été observées lors des visites à domicile. Ces interventions sont indiquées en gris très foncé dans le tableau correspondant. Cet exercice a été fait pour des fins de description uniquement puisque la fréquence des interventions n'est pas une indication de leur importance dans le contexte

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

de la situation. De plus, il n'y avait aucune composante d'évaluation des interventions intégrées au devis de recherche. Les entrevues permettaient aux infirmières de discuter des interventions qu'elles ont réalisées, alors que les observations permettaient au chercheur de connaître le déroulement d'une visite à domicile avec un regard sur les interventions réalisées. Par contre, l'exercice de comparer les interventions observées à celles qui ont été rapportées permet de jeter un certain regard sur l'insistance que les infirmières portent sur certaines interventions par rapport à d'autres, et inversement, de déceler celles qu'elles réalisent en pratique et celles pour lesquelles elles portent moins d'insistance. Comme mentionné plus haut, ceci constitue l'un des avantages de l'observation des visites à domicile. Ce point sera d'ailleurs repris lors de la discussion.

4.3.1 Interventions d'habilitation de la catégorie « Contribue au lien thérapeutique »

Dans cette catégorie, 16 interventions ont été dégagées de l'analyse des entrevues (tableau 24). Dans l'ensemble, il y a une assez bonne similitude avec les interventions observées. L'intervention « Sécurise la personne » est ressortie au premier quartile, soit dans 75% et plus des entrevues. Les infirmières ont fréquemment rapporté cette intervention comme l'un des aspects importants pour rassurer la personne, pour ainsi établir la relation et gagner sa confiance. Elle a d'ailleurs été rapportée plus fréquemment qu'elle n'a été observée. L'extrait suivant illustre assez bien le rôle que joue cette intervention :


« Je crois que pouvoir la rassurer, établir une relation avec elle où elle peut avoir des réponses, puis elle peut avoir quelqu'un à qui elle peut faire confiance : si elle est inquiète, si elle se pose des questions, elle peut me téléphoner » (Entrevue 04).


Chapitre 4


Présentation et interprétation des résultats

Tableau 24
Interventions d'habilitation de la catégorie « Contribue au lien thérapeutique »
rapportées aux entrevues avec les infirmières et comparaison avec les interventions
observées à domicile

Interventions rapportées = 16	Interventions observées = 20
Rapportées dans 75% et plus des entrevues	
Sécurise la personne ¹	
Rapportées dans 50% à moins de 75% des entrevues	Observées dans 50% à moins de 75% des visites
Écoute les préoccupations	Écoute les préoccupations
	Initie une conversation hors sujet
Rapportées dans 25% à moins de 50% des entrevues	Observées dans 25% à moins de 50% des visites
Explique l'intervention	Explique l'intervention
Répond aux préoccupations	Répond aux préoccupations
Laisse exprimer les craintes ¹	Sécurise la personne
	Utilise de l'humour
	S'informe de l'état de santé
	Renforce les initiatives prises par la personne
	Demande des précisions
	S'informe/réagit aux paramètres anormaux
	S'informe des autres problèmes de santé ³
Rapportées dans moins de 25% des entrevues	Observées dans moins de 25% des visites
Écoute les préoccupations de l'entourage	Écoute les préoccupations de l'entourage
Réagit aux craintes exprimées	Réagit aux craintes exprimées
Exprime son inquiétude	Exprime son inquiétude
Propose méthode de résolution de problème	Propose méthode de résolution de problème
Réconforte	Réconforte
Renforce les initiatives prises par la personne ²	Laisse exprimer les craintes
S'informe/réagit aux paramètres anormaux ²	Enquête sur la situation de la personne ³
Demande des précisions ²	Laisse exprimer les émotions ³
Utilise de l'humour ²	Sécurise membre de l'entourage ³
S'informe de l'état de santé ²	
Initie une conversation hors sujet ²	

 ¹ Intervention rapportée aux entrevues plus fréquemment qu'elle n'a été observée.

 ² Intervention rapportée aux entrevues moins fréquemment qu'elle n'a été observée.

 ³ Intervention observée lors des visites à domicile, mais qui n'a pas été rapportée aux entrevues.

Dans ce seul extrait, deux autres interventions ont été dégagées, soit celle de « Répond aux préoccupations », qui en est une de la présente catégorie et celle de « Exprime sa disponibilité » qui appartient à la catégorie « Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne ». Ce genre d'extrait est typique de la manière dont les infirmières ont rapporté leurs interventions et illustre aussi comment les interventions se combinent souvent avec d'autres.

L'intervention « Écoute les préoccupations » se retrouve au deuxième quartile et a été observée dans la même proportion lors des visites à domicile. À noter que l'intervention « Initie une conversation hors-sujet », qui a été observée très fréquemment lors des visites à domicile, a été très peu rapportée par les infirmières. Lors de l'analyse des visites à domicile à la section précédente, il avait été remarqué que cette intervention servait de tremplin pour aborder d'autres thèmes reliés à la situation de la personne. Le fait qu'elle ait été peu abordée dans les entrevues pourrait être interprété comme une intervention illustrant une stratégie implicite qui est utilisée pour favoriser le lien thérapeutique. Elle est un exemple d'une intervention ayant été captée par l'observation de situations réelles de soins. À cause de son caractère implicite, les infirmières ne l'ont peut-être pas perçu comme une intervention.

Plusieurs autres interventions de ce genre ont aussi été observées. C'est le cas pour les interventions en gris pâle au tableau 24. Elles ont été rapportées dans une proportion moindre qu'elles n'ont été observées, mais leur fonction dans l'établissement du lien thérapeutique a été évidente lors des visites à domicile. Pour ce qui est des interventions observées mais non rapportées, elles suivent cette même logique de spécifier différentes modalités qui favorisent le lien thérapeutique et qui ont été captées par l'observation. Des

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

extraits qui sont représentatifs des interventions que les infirmières ont rapportées dans la catégorie du lien thérapeutique se retrouvent à l'annexe G.

4.3.2 Interventions d'habilitation de la catégorie « Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne »


L'analyse des entrevues a permis de dégager dix interventions dans cette catégorie. C'est la catégorie qui présente la plus grande différence entre les interventions qui ont été observées et rapportées (tableau 25). En examinant ce tableau, on constate que certaines interventions observées et non-rapportées (en gris légèrement foncé dans le tableau) le sont à une fréquence assez élevée. C'est le cas de l'intervention « Vérifie le suivi médical » qui n'a pas été rapportée, mais abondamment observée. En effet, l'analyse des visites avait mis en évidence les multiples fonctions de cette intervention qui implique la clientèle dans leurs soins.


En poursuivant l'examen du tableau 25, on constate aussi que l'ensemble des interventions rapportées par les infirmières se retrouve dans les quartiles inférieurs. Un exemple est l'intervention « Vérifie la satisfaction des besoins », l'une des plus observées. L'analyse des visites à domicile avait démontré que les infirmières combinent souvent les activités d'évaluation des besoins en faisant participer la clientèle à cette évaluation. Cette intervention a aussi pour effet de permettre l'exploration d'autres besoins allant au-delà du motif de la visite ainsi que d'ouvrir la porte à l'exploration d'autres aspects reliés à la situation de la personne. Cette intervention n'a pas été beaucoup rapportée aux entrevues, mais l'extrait suivant illustre bien sa fonction :


« Les interventions qu'on fait plutôt c'est des dialogues, on lui demande souvent comment va son bilan de glycémies, comment ça va avec son diabète, comment ça va avec sa diète, on parle de son poids, le diététicien l'avait suivi aussi. On parle

Tableau 25
Interventions d'habilitation de la catégorie « Travaile à partir du point de vue et des forces de la personne » rapportées aux entrevues avec les infirmières et comparaison avec les interventions observées à domicile

Interventions rapportées = 10	Interventions observées = 20
Rapportée dans 50 % à moins de 75 % des entrevues	Observées dans 50 % à moins de 75 % des visites
	Vérifie la satisfaction des besoins (englobe 10 thèmes)
	Vérifie le suivi médical ³
Rapportées dans 25 % à moins de 50 % des entrevues	Observées dans 25 % à moins de 50 % des visites
Vérifie surveillance des paramètres physiologiques identifiés par la personne	Vérifie surveillance des paramètres physiologiques identifiés par la personne
Invite à s'exprimer sur son état/problème	Invite à s'exprimer sur son état/problème
Vérifie la satisfaction des besoins (englobe 4 thèmes) ²	S'informe des préférences pour les soins ³
Intervient selon les préférences de la personne ¹	Vérifie le confort avec les soins prodigués ³
Exprime sa disponibilité ¹	Demande son opinion
Sollicite la participation d'un membre de l'entourage ¹	S'informe auprès de l'entourage... (englobe 7 thèmes)
	S'informe du processus de guérison tel que perçu par la personne
Rapportées dans moins de 25 % des entrevues	Observées dans moins de 25 % des visites
Vérifie l'approvisionnement en matériel	Vérifie l'approvisionnement en matériel
Demande son opinion ²	Vérifie le suivi des autres professionnels de la santé ³
S'informe auprès de l'entourage... (englobe 3 thèmes) ²	S'informe des soins faits par la personne ³
S'informe du processus de guérison tel que perçu par la personne ²	Exprime sa disponibilité
	Sollicite la participation d'un membre de l'entourage
	Vérifie l'information reçue sur un traitement ³
	S'informe des soins faits par collègue ³
	S'informe des comportements à risque ³
	Vérifie, auprès de l'entourage, le suivi des autres professionnels de la santé ³
	Vérifie, auprès de l'entourage, la préparation et disponibilité pour faire les soins ³
	Intervient selon les préférences de la personne

 ¹ Intervention rapportée aux entrevues plus fréquemment qu'elle n'a été observée.

 ² Intervention rapportée aux entrevues moins fréquemment qu'elle n'a été observée.

 ³ Intervention observée lors des visites à domicile, mais qui n'a pas été rapportée aux entrevues.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

souvent de sa plaie, des odeurs s'il y en a, comme hier elle dégageait une petite odeur donc j'ai appelé le médecin, l'écoulement, son appétit, si elle dort bien la nuit. » (Entrevue 08)

Le fait que les interventions de la catégorie « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** » ont été beaucoup plus observées que rapportées est peut-être une indication que les infirmières ont tendance à sous-estimer leur apport. Il se peut aussi que les infirmières aient moins tendance à les considérer comme des interventions parce que plusieurs sont des activités de routine. C'est le cas pour des interventions comme la vérification de la satisfaction des besoins ou la vérification de la surveillance des paramètres physiologiques. Quoiqu'il en soit, l'analyse des visites à domicile a démontré leurs fonctions et vient mettre en évidence, encore une fois, l'apport de l'observation comme stratégie de recherche. D'autres extraits d'interventions rapportées par les infirmières dans cette catégorie sont à l'annexe G.

4.3.3 Interventions d'habilitation de la catégorie « Facilite l'apprentissage »

L'analyse des entrevues a permis de dégager sept interventions dans cette catégorie, alors que dix avaient été observées lors des visites à domicile (tableau 26). Il y a donc une bonne similitude entre les deux, surtout marquée par le fait que la même intervention « Fait de l'enseignement sur... » se retrouve au premier quartile. En fait, les infirmières ont abondamment rapporté cette intervention en plus de spécifier la multitude de thèmes qui ont été abordés. L'extrait suivant illustre bien cette intervention qui aborde le thème de l'enseignement fait sur le processus de guérison :

« [...] puis je me souviens de la voir prendre sa lumière de poche et regarder ses plaies – pour la granulation, là. Parce que je lui expliquais que les petits points rouges, c'est bon signe, le jaune c'est moins bien. Puis regardez, on en a moins qu'hier ou avant-hier, c'est bon. Je me souviens de l'avoir mesuré puis dire ben, on va surveiller ça » [Entrevue 02].

Chapitre 4


Présentation et interprétation des résultats


Plusieurs autres thèmes reliés à l'enseignement sont ressortis des entrevues en fonction de la situation de la personne, dont celle de la mobilité, la prise de médicaments

Tableau 26

Interventions d'habilitation de la catégorie « Facilite l'apprentissage » rapportées aux entrevues avec les infirmières et comparaison avec les interventions observées à domicile

Interventions rapportées = 7	Interventions observées = 10
Rapportées dans 75% et plus des entrevues	Observées dans 75% et plus des visites
Fait de l'enseignement sur... (englobe 14 thèmes)	Fait de l'enseignement sur... (englobe 7 thèmes)
Rapportées dans 50% à moins de 75% des entrevues	
Encourage la participation aux soins ¹	
Vérifie ce que la personne sait et comprend (englobe 6 thèmes) ¹	
Rapportées dans 25% à moins de 50% des entrevues	Observées dans 25% à moins de 50% des visites
Enseigne à un membre de l'entourage	Enseigne à un membre de l'entourage
Observe l'exécution des soins ¹	Explique soins faits ou à faire ²
	Vérifie ce que la personne sait et comprend (englobe 15 thèmes)
	Explique la procédure de soins ²
Rapportées dans moins de 25% des entrevues	Observées dans moins de 25% des visites
Fait la démonstration des soins	Fait la démonstration des soins
Révisé les informations données	Révisé les informations données
	Observe l'exécution des soins
	Encourage la participation aux soins
	Vérifie, auprès de l'entourage, les connaissances face au régime médicamenteux ²

 ¹Intervention rapportée aux entrevues plus fréquemment qu'elle n'a été observée.

 ²Intervention observée lors des visites à domicile, mais qui n'a pas été rapportée aux entrevues.

et les symptômes du diabète. Les autres interventions rapportées dans cette catégorie soulignent l'importance d'encourager la participation aux soins et de renforcer l'apprentissage par la vérification de ce que la personne sait et comprend. Cette dernière est illustrée par l'extrait qui suit :

« Je devais être calme, je devais l'encourager. Je devais lui faire faire les choses, au lieu que moi je le fasse. Je lui disais, tu vas couper cela, tu vas mettre cela, connais-tu les étapes, nomme-moi les étapes avant qu'on commence. Il y avait beaucoup de répétition, d'encouragement » [Entrevue 09].

Les interventions rapportées ainsi que celles observées dans les autres quartiles spécifient les particularités de quelques interventions utilisées pour faciliter l'apprentissage. Des extraits types sont présentés à l'annexe G.

4.3.4 Interventions d'habilitation de la catégorie « Permet l'exploration de différentes possibilités »

Dans cette catégorie, l'analyse des entrevues a ressorti cinq interventions d'habilitation, ce qui se compare très bien avec les six interventions observées lors des visites à domicile (tableau 27). De plus, l'intervention « Assure la continuité des soins » est celle qui prédomine comme la plus rapportée et observée. Les infirmières ont abondamment abordé les diverses mesures entreprises pour assurer cette continuité comme le témoigne l'extrait suivant (Entrevue 05) : « Pis j'ai envoyé un communiqué au médecin pour avoir des prises de sang pour voir la fonction rénale, ça m'inquiète. C'est de quoi que je pense que peut-être même son médecin n'a pas vraiment pensé ».

Une autre intervention fréquemment abordée par les infirmières est « Facilite l'accès à diverses ressources » au cours de laquelle les infirmières font des arrangements


ou suggèrent des ressources qui pourraient venir en aide à la clientèle. L'extrait suivant est typique de ce genre d'intervention :


« L'affaire des « home-maker » [aide-familiale], tu sais, j'ai sondé le terrain parce que l'une des infirmières a dit qu'il y avait quelqu'un de malade puis il n'a pas pu se lever. Je lui ai dit que je lui donnerais le nom de deux personnes qui pourraient contacter [...] qui pourraient être une relève » [Entrevue 05].


Tableau 27

Interventions d'habilitation de la catégorie « Permet l'exploration de différentes possibilités » rapportées aux entrevues avec les infirmières et comparaison avec les interventions observées à domicile

Interventions rapportées = 5	Interventions observées = 6
Rapportées dans 75% et plus des entrevues	Observées dans 75% et plus des visites
Assure la continuité des soins	Assure la continuité des soins
Facilite l'accès à diverses ressources ¹	
Rapportées dans 50% à moins de 75% des entrevues	Observées dans 50% à moins de 75% des visites
Donne des conseils (englobe 7 thèmes)	Donne des conseils (englobe 18 thèmes)
Corrige les perceptions ¹	
	Observées dans 25% à moins de 50% des visites
	Donne des informations
	Corrige les perceptions
Rapportées dans moins de 25% des entrevues	Observées dans moins de 25% des visites
Donne des informations ²	Facilite l'accès à diverses ressources
	Invite la personne à se questionner ³

 ¹Intervention rapportée aux entrevues plus fréquemment qu'elle n'a été observée.

 ²Intervention rapportée aux entrevues moins fréquemment qu'elle n'a été observée.

 ³Intervention observée lors des visites à domicile, mais qui n'a pas été rapportée aux entrevues.

L'intervention « Donne des conseils », avec des multiples thèmes, a été rapportée et observée dans une même proportion. On a aussi abordé l'importance de corriger les perceptions comme une intervention qui offre une vision alternative et peut servir à rassurer la personne. L'extrait suivant en fait foi :

« [...] j'ai vu que, avec lui, il y avait des idées préconçues qui étaient des méconnaissances. il mettait toutes les choses au pire. Donc, tu essaies de ramener ça » [Entrevue 01].

Le lecteur est invité à consulter l'annexe G pour des extraits supplémentaires.

4.3.5 Interventions d'habilitation de la catégorie « Encouragement et soutien la prise de décision »

Cette dernière catégorie de l'intervention d'habilitation présente cinq interventions rapportées aux entrevues en comparaison avec quatre qui ont été observées (tableau 28). La particularité de cette catégorie est que l'ensemble des interventions ont été rapportées et observées à des fréquences peu élevées. Une autre particularité est qu'elle est la seule où des interventions rapportées aux entrevues n'ont pas été observées lors des visites à domicile (elles sont en gris foncé au tableau 28). Force est de constater que les infirmières rencontrent moins de situations dans lesquelles on intervient pour encourager et soutenir la prise de décision. Les deux extraits suivants illustrent les circonstances associées aux deux interventions les plus rapportées et dénotent leur nature.

Dans le premier extrait, l'infirmière souligne la nature délicate d'une situation qu'elle a encourue et explique comment elle a tenté d'apporter des informations nécessaires à la prise de décision :

« Il lui manque du support et c'est comme j'ai dit tantôt, elle ne sort pas. Il n'y a personne qui va la voir plus que ça non plus. [...] Pour moi, il n'y a pas de solution magique, mais j'ai commencé à lui parler un peu du foyer. Elle dit

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

qu'elle sait qu'elle va finir là, mais elle n'acceptera pas ça facilement à cause de son isolement » [Entrevue 10].


Dans le deuxième extrait, l'infirmière fait aussi part de la façon dont elle a apporté des informations nécessaires à la prise de décision. Cependant, face au refus de la personne à suivre les recommandations, elle explique comment elle a accepté la décision et a ajusté l'intervention en conséquence, quoique à contrecœur :


« [...] lorsque j'ai mis les cartes sur la table et que je lui ai fait part des dangers, j'ai dit, on ne va plus parler de l'amélioration ou du déclin de votre guérison. Le médecin et moi avons dit ce qu'on pensait, maintenant, c'est à vous de décider » [Entrevue 05].


Tableau 28

Interventions d'habilitation de la catégorie « Encourage et soutient la prise de décision » rapportées aux entrevues avec les infirmières et comparaison avec les interventions observées à domicile

Interventions rapportées = 5*	Interventions observées = 4**
Rapportées dans 25 % à moins de 50 % des entrevues	
Apporte des informations nécessaires à la prise de décision ¹	
Accepte la décision et ajuste l'intervention en conséquences ²	
Rapportées dans moins de 25 % des entrevues	Observées dans moins de 25 % des visites
Invite la personne à accepter ou non l'aide offerte	Invite la personne à accepter ou non l'aide offerte
Invite la personne à décider des solutions à entreprendre aux problèmes/besoins exprimés	Invite la personne à décider des solutions à entreprendre aux problèmes/besoins exprimés
Adapte le rythme de l'intervention à celui de la personne ²	Apporte des informations nécessaires à la prise de décision
	Offre des alternatives ³

 ¹Intervention rapportée aux entrevues plus fréquemment qu'elle n'a été observée.

 ²Intervention rapportée aux entrevues, mais non observée aux visites à domicile.

 ³Intervention observée lors des visites à domicile, mais qui n'a pas été rapportée aux entrevues.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Le fait qu'il y ait moins d'interventions dans la présente catégorie ne diminue pas leur fonction, comme en font foi les extraits précédents. Il est possible qu'elles soient davantage dépendantes des situations qui se présentent ou qu'elles surviennent davantage au début d'un suivi. D'autres recherches pourraient élucider ce point.

L'analyse des interventions d'habilitation ressorties des entrevues a permis de classer l'ensemble des interventions dans les cinq catégories d'interventions pré-établies (St-Cyr Tribble et al. 2003). Moins d'interventions ont été rapportées qu'observées. Cependant, leur distribution par catégorie est relativement similaire à l'exception de la catégorie « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** », où plusieurs interventions ont été beaucoup plus observées qu'elles n'ont été rapportées, laissant entrevoir la possibilité d'interventions de nature davantage implicite. Quelques interventions dans d'autres catégories partagent cette même caractéristique. Il se peut que le nombre plus élevé d'interventions observées soit attribuable à la méthode d'observation qui a permis de distinguer certaines subtilités des interventions n'ayant pas été rapportées dans les entrevues. Par exemple, l'intervention « **Initie une conversation hors-sujet** » de la catégorie du lien thérapeutique a été fréquemment observée lors des visites à domicile alors qu'aucune infirmière ne l'a rapportée aux entrevues. Pourtant, sa fonction dans l'initiation et le maintien de la relation thérapeutique s'est avérée apparente à l'analyse. La prochaine section de ce chapitre des résultats s'attarde aux représentations des infirmières de l'autoprise en charge de sa santé.

4.4 Représentations des infirmières de l'autoprise en charge de sa santé

La présente section poursuit l'atteinte du deuxième objectif, soit de décrire les représentations des infirmières de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de

sa santé à partir des entrevues. Compte tenu de la structure de celles-ci, l'analyse a permis de ressortir deux principales catégories de représentations. La première regroupe les caractéristiques de la clientèle qui favorisent ou entravent l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge. Cette première catégorie est elle-même divisée en trois sous-catégories, soit les caractéristiques personnelles, les éléments de participation et les conditions. La deuxième catégorie présente les caractéristiques reliées à la pratique infirmière, représentées par les dimensions du savoir et du savoir-être de l'infirmière. En dernier lieu, sont abordées quelques représentations en dehors de ces catégories.

Comme mentionné au chapitre sur la méthodologie, les représentations ont été dégagées en réponse aux questions relatives aux motifs de choix de leur clientèle. La structure de l'entrevue permettait à l'infirmière de discuter de diverses facettes de leurs interventions, en plus d'émettre leurs opinions, idées et commentaires sur les situations de soins encourues ainsi que sur divers autres aspects reliés à leur pratique. La poursuite de l'analyse a permis le regroupement et le raffinement des représentations selon la présente catégorisation.

4.4.1 Représentations des caractéristiques de la clientèle qui favorisent et entravent l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge

La première série de représentations a reçu cette appellation parce qu'elles ont été puisées principalement de l'analyse des réponses aux questions reliées aux motifs du choix de la clientèle. Les caractéristiques ainsi dégagées permettaient de jeter un regard sur les perceptions ou interprétations que se donnent les infirmières d'une clientèle pour qui l'autoprise en charge se déroule bien et d'une clientèle qui présente des défis et difficultés. L'analyse de ces caractéristiques a permis le regroupement en trois sous-

catégories. La première, dénommée « Traits de caractère ou de personnalité », rassemble celles qui décrivent des attributs de la personne et qui la prédispose à être plus ou moins réceptive à l'intervention d'habilitation. La deuxième est désignée par les « Éléments reliés à la participation » puisque que les caractéristiques décrivent une composante d'action ou d'inaction, le cas échéant. Elles suggèrent ainsi une forme de participation ou non de la part de la personne qui agit sur l'habilitation. La troisième sous-catégorie reçoit l'appellation de « Conditions » et réfère à la situation de la personne qui agit soit favorablement, soit défavorablement à l'habilitation à l'autoprise en charge de santé.

4.4.1.1 Caractéristiques personnelles

La majorité des caractéristiques dégagées se retrouvent dans cette catégorie et sont présentées au tableau 29. Aux fins de présentation, elles sont regroupées par quartile, en fonction des plus communes aux moins communes pour chaque groupe de clientèle. Il est important de noter que dans l'ensemble, ces caractéristiques décrites par les infirmières sont davantage de l'ordre des perceptions, des impressions personnelles ou des sentiments. La nature et la structure de l'entrevue leur permettaient de s'exprimer ainsi. Le langage utilisé dans les énoncés des caractéristiques ne reflète pas une démarche diagnostique ou une démarche d'intervention précise. De plus, plusieurs caractéristiques étaient souvent utilisées pour décrire la même personne ayant fait l'objet de l'entretien.

Le tableau 29 met en évidence les caractéristiques personnelles facilitant l'habilitation à l'autoprise en charge et sont des attributs de nature plutôt positive. Ils reflètent des aspects de collaboration, de motivation, de cognition ou de capacité d'adaptation. Les extraits suivants sont représentatifs de ce type d'attributs :

Tableau 29
Représentations des caractéristiques de la clientèle qui favorisent et entravent
l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge dans la catégorie des
caractéristiques personnelles

Caractéristiques qui favorisent	Caractéristiques qui entravent
Ressorties dans 50% à moins de 75% des entrevues	
Être plus apte à collaborer	Être moins apte à collaborer
Être positif(ve)	
Être motivé(e) à apprendre	
Être connaissant(e)	
Ressorties dans 25% à moins de 50% des entrevues	
Avoir une volonté de s'aider	Manquer de volonté
Être concerné(e) par sa santé	Manquer de connaissances
Ressorties dans moins de 25% des entrevues	
Avoir une ouverture d'esprit	Avoir une attitude de non-« caring »
Avoir une force intérieure	Être résistant(e) aux changements
Être capable de se soigner, de se prendre en charge	Être déprimé(e)
Accepter, s'adapter à sa situation	Être incapable de se soigner
	Être rigide
	Être négatif(ve)
	Être passif(ve) (face aux soins, interventions, situation)
	Être méfiant(e) face aux soins (système hospitalier, dans ce cas-ci)
	Manquer de maîtrise de soi
	Manquer de discipline
	Avoir de la difficulté à s'adapter à sa situation
	Avoir peur de se faire soigner
	Avoir une pauvre estime de soi
	Être exigeant(e)
	Vivre de l'insécurité
	Manquer de confiance
	Être gêné(e)
	Être méticuleux(se)

« C'est que c'était une dame que je voyais qui était concernée avec sa santé. Une dame qui était très coopérative, motivée à faire les choses qu'on lui démontraient, qui était motivée à apprendre parce qu'elle savait que c'était quelque chose qui allait l'aider dans la maîtrise de la prise en charge de sa santé » (Entrevue 04).

« Ben c'est que, c'est une jeune madame, elle a 54 ans. Elle trouve que quand elle faisait ses pansements, c'était moins douloureux que quand nous autres on les faisait. C'est une madame qui est encore assez active malgré son handicap. Elle trouve que lorsqu'elle fait son pansement, elle peut sortir et veiller à ses occupations. Elle pouvait se prendre en charge. [...] C'est une madame qui a beaucoup de sérénité et de foi. C'est ça qui lui permet d'aller » (Entrevue 07).

Les extraits précédents décrivent aussi un ensemble de traits typiques de la manière dont les infirmières utilisent plusieurs descripteurs pour souligner les traits qui favorisent l'autoprise en charge. En fait, ces deux extraits regroupent à la fois les traits de la collaboration, de la motivation à vouloir apprendre, d'être concerné(e) par sa santé ainsi que d'avoir une force intérieure.

Lorsque l'on compare ces caractéristiques personnelles avec celles qui entravent l'habilitation à l'autoprise en charge, on obtient un portrait qui est pratiquement opposé. D'ailleurs, le trait de personnalité le plus commun pour décrire les facteurs facilitants et entravants est centré sur la notion de collaboration. Le fait de ne pas collaborer est ressorti comme le principal facteur entravant l'intervention d'habilitation. Les extraits qui suivent illustrent ces propos et contrastent avec les précédents :

« Ben, ça m'a pas mal été répondu lorsque je lui ai dit ce que le médecin pensait et qu'il m'a répondu qu'elle ne savait pas ce qu'elle faisait et que lui savait; qu'il avait eu ses bobos là dans le passé et qu'il les avait guéris lui-même et qu'il n'avait pas besoin d'être hospitalisé. Lorsque je suis allé voir le médecin, elle m'a dit que le patient n'avait pas voulu se déshabiller pour lui montrer rien. Elle avait même eu de la difficulté à voir la plaie à sa cheville » (Entrevue 05).

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

« On fait beaucoup, beaucoup d'enseignement, on donne beaucoup, beaucoup de support, mais elle a tendance à se laisser aller et à ne pas nécessairement suivre ce qu'on lui donne. [...] Elle est toujours à peu près pareille, mais c'est juste qu'on lui parle, on dirait qu'elle capte ce qu'on lui dit mais ça ne va pas plus loin » (Entrevue 10).

D'autres traits entravants s'articulent autour du manque de volonté, du manque de connaissances et d'autres attributs de ce genre. Les extraits suivants sont typiques de comment les infirmières perçoivent les traits qui entravent l'autoprise en charge : « Parce que tu serais souvent surpris, des fois ils savent même pas pourquoi ils ont été opérés, ils peuvent pas t'expliquer » (Entrevue 02). « Le manque d'information et le manque d'éducation qui est ensemble et le manque de maîtrise de soi et le manque de discipline » (Entrevue 05). « Quelqu'un qui n'a pas de but ni de motivation reste comme il est, c'est très difficile. Tu peux lui donner tout l'enseignement que tu veux mais tu arrives deux semaines plus tard et il n'y a rien qui change » (Entrevue 10).

Un fait notable est que les caractéristiques qui entravent sont plus souvent qu'autrement disparates. Des vingt-deux descripteurs ressortis de l'analyse, dix-neuf se retrouvent au dernier quartile. Ceci contraste grandement des caractéristiques qui facilitent l'autoprise en charge, alors qu'un bon nombre d'entre elles se situaient dans les quartiles supérieurs. En fait, lors des entrevues, lorsqu'on demandait aux infirmières d'expliquer leur motif du choix de leur clientèle dans le groupe qui présente des défis et difficultés, plusieurs ont exprimé d'être perplexes quant à la nature ou les causes de ces difficultés. Ce fait a aussi été observé dans les autres catégories des caractéristiques reliées à la clientèle.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

4.4.1.2 Éléments reliés à la participation

La majorité des caractéristiques ressorties dans cette catégorie sont celles qui favorisent l'habilitation à l'autoprise en charge (tableau 30). Les plus fréquentes abordent l'implication de la personne par la participation aux soins ainsi que la propension à entreprendre des mesures qui vont davantage l'aider devant sa situation. Les extraits suivants en témoignent :

« Je trouvais aussi qu'on avait une belle relation de confiance puis je savais qu'elle participerait bien. [...] Puis elle le faisait, ses changements de pansements, parce que la Flamazine c'était à tous les jours, elle le faisait, c'était ça qu'elle voulait » (Entrevue 02).

« Je dis que c'est quelqu'un ouvert aux changements, prêt à consulter des experts, prêt à écouter les ressources que nous avons dans la communauté et prêt à faire des changements assez importants. Il y a des gens qui ne veulent pas faire de changement et lorsqu'ils savent qu'ils ont un problème et on leur dit que c'est à cause de soit le fumage ou l'obésité ou le diabète et qu'ils demandent comment ils peuvent s'aider, ce sont des gens qui se prennent en charge » (Entrevue 08).

Les autres éléments reliés à la participation favorisant l'habilitation à l'autoprise en charge abondent dans le même sens. En ce qui a trait aux éléments qui l'entravent, seulement deux descripteurs sont ressortis et suggèrent un manque d'initiative.

4.4.1.3 Conditions

Cette dernière catégorie englobe plusieurs caractéristiques dont une se retrouve au premier quartile. La majorité des infirmières ont identifié le fait d'avoir du soutien de la famille comme une condition qui favorise l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge (tableau 31). Ce soutien peut prendre la forme de soutien instrumental, mais agit également sur le soutien moral tel qu'illustré dans l'extrait qui suit : « Elle aidait beaucoup (sa soeur) avec ses soins personnels et faire

Tableau 30
Représentations des caractéristiques de la clientèle qui favorisent et entravent
l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge dans la catégorie des éléments
reliés à la participation

Caractéristiques qui favorisent	Caractéristiques qui entravent
Ressorties dans 50% à moins de 75% des entrevues	
Prendre part aux interventions de soins	
Poser des gestes positifs	
Ressorties dans 25% à moins de 50% des entrevues	
Questionner l'infirmière, s'impliquer	
Être capable de modifier son style de vie	
Ressorties dans moins de 25% des entrevues	
Avoir et maintenir des activités adaptées	Avoir de la difficulté à faire des changements dans son style de vie
Observer le plan d'intervention	Refuser un traitement

Tableau 31
Représentations des caractéristiques de la clientèle qui favorisent et entravent
l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge dans la catégorie des conditions

Caractéristiques qui favorisent	Caractéristiques qui entravent
Ressorties dans plus de 75% des entrevues	
Avoir du soutien de la famille	
Ressorties dans 25% à moins de 50% des entrevues	
	Manquer de soutien familial
	Vivre une situation de soins complexes
	Subir l'influence de facteurs sociaux (pauvreté, peu de scolarisation)
	Manquer de ressources financières
Ressorties dans moins de 25% des entrevues	
Avoir un(e) conjoint(e) comme personne-soignante	Vivre dans un milieu non-salubre
Avoir du soutien humain et instrumental	Manquer de soutien
	Manquer d'aide matérielle
	Vivre une situation familiale difficile

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

des choses autour de la maison comme faire à manger ou autre. [...] Elle la supportait, elle l'encourageait à faire ses exercices et à redevenir plus autonome » (Entrevue 03).

Un bon nombre de caractéristiques sont toutefois ressorties comme facteurs qui entravent cette habilitation. Outre le manque de soutien familial, le fait de vivre une situation de soins complexes a aussi été abordé. Plusieurs infirmières ont mentionné que la gravité de la situation de santé d'une personne, combinée à des exigences de soins élevés, sont des facteurs qui agissent négativement sur la prise en charge. L'extrait suivant décrit bien cette caractéristique :

« Je trouvais que c'était un cas plus compliqué parce qu'il a beaucoup plus de problèmes de santé qui ne sont pas réglés. C'est difficile pour lui de se prendre en charge parce qu'il est pris sur la dialyse. Ben, il peut se prendre en charge à un tel point, oui. Mais, il est comme à la merci de ce qui font à la dialyse parce qu'il pensait qu'il avait eu son infection là. [...] Il fait ses affaires et son moral est quand même bon. Il n'est pas découragé, il fait du mieux qu'il peut mais il n'a pas la vie facile » (Entrevue 06).

Parmi les autres conditions entravant l'autoprise en charge, celle de « Subir l'influence des facteurs sociaux » en est une autre qui témoigne de l'effet de la combinaison de facteurs, tel qu'illustré par le prochain extrait :

« Donc, les facteurs comme la personne, la pauvreté, le milieu social, l'estime de soi, les choses comme celles-là entravent l'intervention qui favorise la prise en charge. Souvent, les gens qui sont sur le chômage ou qui vivent des situations familiales vraiment difficiles, on va leur faire des suggestions mais ils n'ont pas de voitures. On va leur dire qu'on va leur faire un rendez-vous à la clinique mais il y a toujours une excuse, ils ne peuvent pas y aller » (Entrevue 08).

4.4.2 Représentations reliées à la pratique infirmière

Cette deuxième catégorie de représentations regroupe celles qui décrivent des facteurs reliés à l'intervention que les infirmières ont abordés aux entrevues, mais

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

différent des interventions d'habilitation proprement dites. Certaines sont d'ordre beaucoup plus général qu'une intervention directe et font davantage allusion aux objectifs escomptés ou aux actions visées par celles-ci. D'autres regroupent des caractéristiques qui s'apparentent aux qualités et attributs de l'infirmière qui influencent l'intervention d'habilitation. Aux fins de la description, elles ont été regroupées sous la rubrique de représentations liées à la pratique infirmière et s'apparentent aux dimensions du savoir et savoir-être de l'infirmière souvent utilisées dans la discipline pour décrire l'intégration des savoirs (Kérouac et al., 2003). L'ensemble de ces représentations figurent au tableau 32.

Pour les représentations reliées à la dimension du savoir, l'importance d'établir une relation de confiance est ressortie dans la majorité des entrevues. Les infirmières ont abordé la question de cette relation comme une condition indispensable à la réalisation des autres interventions pour faciliter l'autoprise en charge. L'extrait suivant est représentatif du rôle de la relation de confiance :

« Moi je dirais, le plus gros, c'est le climat de confiance. Si tu t'en vas dans une maison et que le patient te fait confiance et que tu vas là et que tu ne lui parles pas juste de sa maladie, que tu lui parles de sa journée, de ses enfants, il accepte beaucoup plus facilement lorsque tu viens à lui parler d'autres choses » (Entrevue 10).

Pour certaines infirmières, l'établissement de cette relation permet la réciprocité et procure en même temps un sentiment d'accomplissement : « [...] c'était vraiment plaisant d'être là, parce que tu te sens appréciée puis tu sens que tu fais du bien. [...] Moi, j'étais contente, c'est un des patients qu'on va se rappeler, ça » (Entrevue 01).

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Tableau 32
Représentations reliées à la pratique infirmière

Dimension du savoir	Dimension du savoir-être
Ressorties dans plus de 75 % des entrevues	
Établir une relation de confiance	
Ressorties dans 50 % à moins de 75 % des entrevues	
Utiliser des stratégies pour gagner la confiance de la personne	Être respectueuse
Miser sur les capacités de la personne	
Ressorties dans 25 % à moins de 50 % des entrevues	
Rendre indépendant, autonome	Utiliser son expérience pour sécuriser, informer la personne
	Se mettre au niveau de la personne soignée
	Démontrer de la compétence et de la confiance en soi
	Accepter la personne telle qu'elle est
	Être prédisposé(e) à l'écoute
	Être patient(e)
	Aspect non aidant : Cultiver la dépendance
Ressorties dans moins de 25 % des entrevues	
Utiliser une stratégie d'apprentissage à petits pas	Être soi-même
Agir comme personne-ressource	Prendre le temps de connaître la personne
Utiliser des stratégies pour obtenir la collaboration de la personne	Considérer la personne dans sa globalité
Réagir selon la situation	Avoir le sens de l'observation
Adapter l'intervention	Ne pas sous-estimer les connaissances de la personne
Utiliser des stratégies pour briser la dépendance	Percevoir la personne comme partenaire
Soutenir la famille	Être accessible
Travailler avec la famille	Être empathique
Clarifier les attentes auprès de la famille	Maintenir son objectivité
Tenir compte des besoins des personnes-soutiens	Avoir des attentes réalistes
Aider la personne en augmentant ses connaissances	Aspect non aidant : Imposer un service
Avoir un suivi rigoureux	
Déterminer les soins avec les personnes	

L'importance de la relation de confiance ressort aussi avec la deuxième représentation dégagée, soit celle centrée sur l'utilisation de stratégies pour gagner la confiance. Les extraits suivants, dans lesquels les infirmières témoignent d'initiatives qu'elles ont prises et qui ont agi sur le renforcement de la confiance, font foi de cet aspect : « J'ai l'impression que depuis que j'ai fait une culture, pas juste lorsque j'ai fait la culture mais depuis que j'ai examiné la plaie, que j'ai vu que c'était creux, j'ai l'impression de l'avoir gagné à ce moment là » (Entrevue 05). « Il [médecin traitant] m'a laissé changer le pansement et elle est allée le voir de nouveau pis il était content de la plaie. Cela lui a permis d'avoir confiance en moi aussi [...]. Maintenant j'arrive et elle est contente de me voir » (Entrevue 06).

Établir cette relation de confiance agit aussi sur la confiance de la personne envers ses propres capacités vis-à-vis son autoprise en charge. Des infirmières nous ont fait part de ces propos que nous avons désignés par « Miser sur les capacités de la personne ».

L'extrait suivant en illustre bien la teneur :

« La prise en charge, c'est ça que j'essaie de faire à tous mes patients; leur donner la confiance qu'ils ont besoin afin qu'ils peuvent le faire. [...] Je trouve que beaucoup de personnes ont le potentiel de se prendre en charge eux-mêmes. On dirait que si je leur donne cette confiance là, ils se disent, oui, je peux faire ça » (Entrevue 08).

D'autres infirmières ont relaté que l'objectif de l'autoprise en charge est de rendre leur clientèle autonome et indépendante face à leurs soins. « Il y a beaucoup de monde qui pensent qu'on va les soigner pour eux autres, mais, c'est ça qu'on essaie de leur expliquer dès le début, on les aide à apprendre à se soigner » (Entrevue 06).

Les autres représentations reliées au domaine du savoir abondent dans le même sens que les précédentes. Quoiqu'elles soient ressorties à moindres reprises, elles sont

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

indicatives de stratégies d'intervention ou de manières d'agir qui permettent de réaliser leurs interventions d'habilitation. Notons, entre autres, celles d'utiliser des stratégies d'apprentissage à petits pas, des stratégies pour obtenir la collaboration de la personne ainsi que pour soutenir et pour travailler avec la famille.

Quant aux représentations reliées au domaine du savoir-être, les infirmières les ont souvent abordées pour souligner les attributs nécessaires à la réalisation de leurs interventions (tableau 32). L'une qui est ressortie fréquemment a été désignée par la nécessité « d'être respectueuse ». Ce respect s'étend autant aux choix de la personne envers ses soins que le respect des engagements que l'infirmière a pris envers la personne. L'extrait suivant est un exemple du sens du respect que l'infirmière considère important :

« Je trouve qu'on s'en va dans leur maison, dans leur milieu. On ne peut pas aller chez eux et leur dire, il faut que tu fasses ceci, il faut que tu fasses cela. Tu peux les approcher et leur dire que ceci a besoin d'être fait mais c'est le respect, le respect du patient. [...] Si tu dis quelque chose à un patient comme je vais aller te voir demain, vers telle heure, et que tu ne téléphones pas pour lui dire que tu ne peux pas y aller parce que tu es trop occupée, le patient attend toute la journée et il se demande où tu es, ce n'est pas bien » (Entrevue 10).

Parmi les autres représentations dégagées, plusieurs suggèrent d'autres attributs pouvant favoriser l'intervention d'habilitation. L'une d'elles a été désignée par « Utiliser son expérience pour sécuriser, informer la personne ». Les infirmières ont alors invoqué l'utilité de partager avec les personnes l'expérience qu'elles ont acquises avec différentes situations de soins. Ceci permet de leur expliquer à quoi elles peuvent s'attendre avec leur situation particulière afin de les informer et les sécuriser. L'extrait qui suit le démontre bien :

« Nous autres, comme infirmières, on a vu beaucoup de patients avec des plaies comme ça, on a vu beaucoup de patients qui ont passé à travers des

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

traitements. Ça fait [...] qu'il prenait avantage de l'expérience que j'avais pour lui dire [...] peut-être que tu auras des nausées, mais maintenant il y a assez de bons médicaments pour ça, puis – tu sais – ça vient que ça passe » (Entrevue 01).

Les autres représentations abondent dans le même sens avec la description de diverses qualités qui sont jugées utiles et aidantes comme, par exemple, le fait d'accepter la personne telle qu'elle est, d'être prédisposée à l'écoute ou d'être patiente. Quelques infirmières ont quand même abordé un aspect du savoir-être qu'elles considèrent non-aidant. Il a été désigné par « Cultiver la dépendance » parce qu'on invoque le fait de modeler une approche d'intervention qui ne favorise pas l'autonomie de la personne telle que présentée par cet extrait : « Si tu projettes que tu es l'infirmière et qu'il y a juste toi qui peut faire ça et qu'ils ne peuvent rien toucher, ça crée de l'anxiété et de toute façon, notre but à l'extra-mural c'est d'apprendre aux patients à se prendre en charge eux-mêmes » (Entrevue 08).

4.4.3 Autres représentations

Plusieurs autres représentations ont été dégagées de l'analyse, mais n'appartiennent pas aux catégories précédentes. Deux d'entre elles sont abordées parce qu'elles ont été rapportées assez fréquemment. La première a été désignée par la « Continuité avec la même infirmière » où l'on invoque le fait que l'habilitation à l'autoprise en charge est facilitée par une bonne connaissance de la personne soignée et réciproquement, l'habitation de la personne soignée avec l'infirmière. Parfois, les circonstances font en sorte que ceci n'est pas toujours possible et peut freiner l'autoprise en charge. L'extrait suivant explique le bienfait de la continuité :

« On a toute une différente manière de travailler et ils viennent qu'ils savent, surtout lorsque nous autres on est primaires et souvent, ça peut être deux, trois

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

différentes infirmières et nous travaillons toutes de façons différentes : pas qu'elles ne sont pas bonnes mais c'est qu'ils s'habituent à nous et on devient comme un ami, quelqu'un envers qui ils peuvent avoir confiance » (Entrevue 10).

Une deuxième représentation est que plusieurs infirmières ont désiré souligner l'importance de l'enseignement dans leur pratique. On le considère comme une partie intégrante de leur travail, tel qu'illustré dans l'extrait qui suit : « Tous les jours, t'essaies de faire [...] l'enseignement au patient. L'enseignement est l'une des priorités [...] que je mets beaucoup en pratique. Avec tous les patients qu'on voit, on fait de l'enseignement. [...] Même si on doit le répéter le lendemain, c'est important » (Entrevue 03).

Dans cette section sur les représentations de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge, l'analyse a tout d'abord mise en évidence les caractéristiques reliées à la clientèle qui soit favorisent ou entravent cette prise en charge. La majorité de ces caractéristiques ont été catégorisées comme des éléments décrivant des caractéristiques personnelles. Celles qui favorisent l'autoprise en charge sont centrées sur les notions de collaboration, de motivation, de cognition ou de capacité d'adaptation. Celles qui entravent l'autoprise en charge sont, dans l'ensemble, pratiquement à l'opposé des caractéristiques qui la favorisent. Elles s'articulent autour des notions de manque de collaboration, de volonté ou de motivation. Cependant, l'analyse démontre que ces caractéristiques entravant l'autoprise en charge sont beaucoup plus disparates que celles qui la facilitent, suggérant une certaine difficulté pour les infirmières à cerner les éléments problématiques.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Les autres caractéristiques reliées à la clientèle ont été regroupées dans les catégories d'éléments reliés à la participation et des conditions qui font partie de la situation de la personne, et qui vont agir favorablement ou défavorablement sur l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge. En ce qui a trait aux éléments reliés à la participation, les infirmières ont souligné des aspects qui favorisent l'autoprise en charge, notamment le fait de prendre une part active aux interventions de soins et de poser des gestes positifs en vue d'améliorer sa situation. Au chapitre des conditions, le fait d'avoir du soutien de la famille est ressorti comme la condition favorisant le plus l'autoprise en charge. Plusieurs autres conditions qui l'entravent sont aussi ressorties des entrevues, par exemple le fait de vivre une situation de soins complexes, de subir l'influence de plusieurs facteurs sociaux (dont la pauvreté et le manque de scolarisation) ou de manquer de soutien familial.

En dernier lieu, l'analyse a dégagé plusieurs représentations reliées à la pratique infirmière qui s'apparentent aux dimensions du savoir et du savoir-être de l'infirmière. Au plan du savoir, l'importance d'établir une relation de confiance est celle qui a été la plus prédominante. La majorité des infirmières ont souligné comment cette relation est primordiale et est à la base de l'intervention d'habilitation. Les infirmières ont également souligné de nombreux attributs faisant partie du domaine du savoir-être, dont la nécessité d'être respectueuse face au vécu de leur clientèle. D'autres extraits reliés aux représentations sont à l'annexe H.

La dernière section de ce chapitre s'attarde à faire une synthèse de l'ensemble des résultats par l'analyse de cas. Cette analyse met en relation les éléments contextuels des situations de soins avec, d'une part, les représentations de l'autoprise en charge de sa

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

santé et d'autre part, les interventions d'habilitation observées par le chercheur lors des visites à domicile et rapportées par les infirmières lors des entrevues.

4.5 Analyse de cas

Les sections précédentes ont présenté les interventions d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé qui ont été observées lors des visites à domicile ainsi que celles rapportées aux entrevues avec les infirmières. De plus, les entrevues ont permis de dégager de multiples représentations que se font les infirmières de l'habilitation à l'autoprise en charge de santé. Cependant, les descriptions précédentes ne tiennent pas compte des éléments contextuels des différentes situations et des nombreuses particularités qui les caractérisent.

La présente section met en relation l'ensemble des résultats par l'analyse de deux cas contrastants exemplaires, c'est-à-dire un cas pour lequel l'infirmière considère que l'autoprise en charge se déroule bien et un autre pour lequel l'autoprise en charge présente des défis ou difficultés. Par l'utilisation de tableaux intégrateurs et une description narrative, un portrait explicatif est dressé pour chacun des cas. Cette description met tout d'abord en relief les caractéristiques personnelles et contextuelles de la personne sélectionnée par l'infirmière. Ensuite, en jetant un regard sur les motifs du choix de la personne en question, il devient possible d'examiner la genèse des différentes représentations qui ont été dégagées.

Une description est faite des interventions qui ont été rapportées aux entrevues et observées lors de la visite à domicile. Cette description permet d'examiner dans quel contexte les interventions ont été rapportées ou réalisées. Aux fins de présentation, seulement les faits saillants seront abordés. La liste complète des interventions pour

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

chaque cas a été placée aux annexes I et J. Aussi aux fins de présentation, les interventions sont regroupées en fonction de leur catégorie d'appartenance. Il faut se rappeler qu'elles n'ont pas nécessairement été observées ou rapportées par les infirmières dans cet ordre. De plus, la même intervention peut avoir été observée ou rapportée à plusieurs reprises. D'ailleurs, les annexes présentent aussi le nombre de fois qu'une intervention a été rapportée ou observée pouvant ainsi servir d'indicateur de l'importance que les infirmières ont attribuée à telle ou telle intervention. Ces faits seront soulignés en temps et lieu dans les descriptions qui suivent.

Une dernière rubrique présentant les résultats de l'intervention d'habilitation, tels que perçus par l'infirmière, va clore la présentation du cas. De cette manière, il devient possible de mieux saisir les éléments qui distinguent un cas dans lequel l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien et un autre pour lequel l'autoprise en charge présente des difficultés et défis. Des noms fictifs ont été utilisés pour présenter les deux cas afin de protéger l'anonymat des deux personnes.

4.5.1 Cas représentatif d'une autoprise en charge de sa santé qui se déroule bien :

Madame Cormier

Le premier cas est celui de Madame Cormier qui est une dame de 89 ans qui vit seule et se trouve aux prises avec le diabète. Elle doit apprendre à contrôler ses glycémies par des modifications de sa diète et apprendre à surveiller ses glycémies avec l'utilisation d'un glucomètre. Le tableau 33 résume les caractéristiques personnelles et contextuelles pour ce cas. L'infirmière s'inquiétait au départ si la personne serait capable d'assimiler ces apprentissages : « Elle était quand même nerveuse, puis âgée aussi. Elle a quand même ses capacités encore. Mais du fait qu'elle était nerveuse et qu'elle voulait très bien

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

faire, ça lui causait de l'anxiété qui, des fois, gêne [...] sa manière de recevoir l'instruction » (Entrevue 04).

En expliquant pourquoi elle a choisi Madame Cormier comme une personne pour qui l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien, on peut mettre en contexte les représentations de l'infirmière qui favorisent l'autoprise en charge de sa santé de cette dame : « C'était une dame que je voyais qui était concernée avec sa santé [...] qui était très coopérative, motivée à faire les choses qu'on lui démontrait, qui était motivée à apprendre » (Entrevue 04). C'est la présence de ces caractéristiques qui a servi de base à la stratégie d'intervention de l'infirmière.

À l'entrevue, l'infirmière a fait part des plusieurs interventions qu'elle a réalisées en tenant compte de la situation de Madame Cormier dont les faits saillants sont présentés au tableau 33. Elle a souligné la nécessité de sécuriser Madame Cormier et de gagner sa confiance afin de contrer son anxiété : « Je crois que pouvoir la rassurer, établir une relation avec elle où elle peut avoir des réponses, [...] quelqu'un sur qui elle peut faire confiance, si elle est inquiète [...], elle peut me téléphoner » (Entrevue 04). L'infirmière rapporte également l'importance d'adapter le rythme de l'intervention à celui de la personne : « Ça fait qu'il fallait faire attention [...] de ne pas aller trop vite, vu son âge, il fallait avoir un langage qu'elle comprenait, pas trop médical » (Entrevue 04). C'est ainsi que les interventions d'apprentissage ont pu être réalisées selon l'infirmière par l'enseignement et la démonstration de la technique des prises de glycémies, par l'observation de l'exécution de la technique par Madame Cormier et enfin, en vérifiant ce qu'elle comprend au plan de l'interprétation des résultats des glycémies, lorsque ceux-ci sont élevés ou bas. L'infirmière a également relaté comment elle a mis à profit le soutien

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Tableau 33
Principales caractéristiques du cas de Madame Cormier

Caractéristiques personnelles et contextuelles	
<ul style="list-style-type: none"> • Âge : 89 ans, vit seule • Diagnostic médical principal : diabète; diagnostics secondaires : arthrose aux genoux, hypertension artérielle • Anxiété face à l'enseignement • Motif de la référence aux soins à domicile : enseignement diète diabétique et autovérification • Durée du suivi : 8 mois et se poursuit • Rythme des visites : 2 fois/semaine au début à 1 fois/semaine par la suite 	
Représentations de l'infirmière	
Caractéristiques favorisant l'intervention d'habilitation <ul style="list-style-type: none"> • Est motivée à apprendre (trait) • Est plus apte à collaborer (trait) • Est concernée par sa santé (trait) • A du soutien de la famille (condition) 	Dimensions du savoir et savoir-être (S, SE) <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des stratégies pour gagner la confiance (S) • Adapter l'intervention (S) • Utiliser/partager son expérience pour sécuriser, informer (SE) • Être au niveau de la personne (SE) • Écouter (SE) • Considérer la personne dans sa globalité (SE)
Faits saillants des interventions par catégorie*	
Rapportées à l'entrevue	Observées lors de la visite à domicile
CLT [2]¹ <ul style="list-style-type: none"> ○ Sécurise et répond aux préoccupations TPPV [3] <ul style="list-style-type: none"> ○ Vérifie la surveillance des glycémies, exprime sa disponibilité, sollicite la participation des membres de l'entourage FA [4] <ul style="list-style-type: none"> ○ Enseigne et démontre la technique des prises des glycémies, vérifie ce qui a été compris, encourage la participation aux soins PEDP [1] <ul style="list-style-type: none"> ○ Assure la continuité des soins ESPD [2] <ul style="list-style-type: none"> ○ Adapte le rythme de l'intervention à celui de la personne, apporte des informations nécessaires à la prise de décision 	CLT [7]² <ul style="list-style-type: none"> ○ Écoute et sécurise, renforce les initiatives prises par la personne et s'informe de l'occurrence des glycémies élevées TPPV [7] <ul style="list-style-type: none"> ○ Vérifie les résultats des glycémies, la satisfaction des besoins (alimentation, sommeil, respirations), demande son opinion sur les causes perçues des glycémies élevées et tension artérielle. Sollicite la participation d'un membre de l'entourage FA [10] <ul style="list-style-type: none"> ○ Enseigne sur la surveillance des glycémies, symptômes du diabète, utilisation du glucomètre, démontre et observe l'exécution. Révisé les informations données sur l'hyper et l'hypoglycémie, vérifie la compréhension, enseigne à un membre de l'entourage (calibration du glucomètre) PEDP [8] <ul style="list-style-type: none"> ○ Donne des conseils sur divers aspects reliés aux soins pour diabétique
Résultats des interventions d'habilitation	
<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle des glycémies • Maîtrise l'utilisation du glucomètre • Diminution de l'anxiété face au régime thérapeutique • Diète agit aussi sur un meilleur contrôle de l'hypertension • Fierté face aux accomplissements et autonomie conservée 	

*Catégories d'intervention : CLT=Contribue au lien thérapeutique; TPPV=Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne; FA=Facilite l'apprentissage; PEDP=Permet l'exploration de différentes possibilités; ESPD=Encourage et soutient la prise de décision. ¹ Indique le nombre d'interventions rapportées à l'entrevue pour la catégorie. ² Indique le nombre d'interventions observées lors de la visite à domicile pour la catégorie.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

familial dont bénéficiait Madame Cormier, en sollicitant leur participation pour la surveillance des glycémies.

L'analyse des données d'observation à domicile chez Madame Cormier démontre que l'infirmière a réalisé plusieurs interventions d'habilitation dans la poursuite de son objectif de l'autoprise en charge de sa santé au plan du diabète. Le tableau 33 en présente les faits saillants et la liste complète se retrouve à l'annexe I. La visite d'une durée d'environ 50 minutes a permis d'observer pas moins d'une trentaine d'interventions dans quatre des cinq catégories d'interventions d'habilitation. On constate que la catégorie **« Facilite l'apprentissage »** présente le plus d'interventions, suivies des catégories de **« Permet l'exploration de différentes possibilités »**, de **« Contribue au lien thérapeutique »** et de **« Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne »**.

Tel que déjà mentionné, ce décompte ne sert qu'aux fins de la description et n'illustre pas comment les interventions se réalisent à travers les catégories et sont reprises à différents moments durant la visite. L'annexe I, en plus de présenter la liste complète d'interventions, dénote aussi le nombre de fois qu'une intervention particulière a été observée et donne ainsi une idée comment certaines interventions sont répétées. L'agencement des interventions à travers les catégories peut être illustré par les extraits qui suivent.

Par exemple, au début de la visite, l'infirmière vérifie d'abord la tension artérielle tout en s'informant de l'état de santé. La réponse de Madame Cormier amène l'infirmière à enquêter sur ses préoccupations par rapport au sommeil.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

« **Inf** : Je vais juste vérifier votre pression [...] Puis vous vous sentez mieux-là?

C : Bien oui.

I : Est-ce que vous êtes moins fatiguée?

C : Je suis moins fatiguée, mais je suis encore paresseuse (rires). [...] Je dors mal la nuit. Je me couche peut-être bien trop tôt. À 9h le soir je me couche puis à 12h je suis réveillée puis des fois je me rendors le matin à 4h. Ah, c'est long!

I : Oui, ça doit être long. Vous n'avez pas de difficulté à vous endormir quand vous vous couchez?

C : Pas quand je me couche le soir, mais le matin ça veut plus dormir » (Visite à domicile 04B).

Cet agencement des interventions se poursuit tout au long de la visite et est davantage illustré par les interventions reliées directement au diabète. L'extrait qui suit démontre comment l'infirmière vérifie les résultats des glycémies faites par Madame Cormier. En consultant son cahier d'inscription des glycémies à cet effet, l'infirmière en profite pour s'informer de l'expérience de Madame Cormier sur la technique d'injection et sur le contrôle des niveaux de glycémie. Ceci permet à l'infirmière de renforcer les initiatives prises par Madame Cormier en la félicitant de ses accomplissements, de poursuivre l'enseignement sur la prise des glycémies et de vérifier sa compréhension sur divers aspects reliés au diabète.

« **Inf** : Vos résultats de sucre, c'est mieux-là?

Cliente : Oui, ça faisait mieux ces jours-ci. Je ne sais pas si ça va continuer. Je n'ai pas si peur à me donner une pique.

I : Non? Ben, vous êtes pas mal vaillante. Ce n'est pas toutes les femmes qui apprennent si vite comme vous. Puis il y en a qui sont ben plus jeunes que vous-là [...]. Puis, vous n'avez pas de misère quand vous vous piquez puis ça là?

C : Pas maintenant, non.

I : Vous faites ça par vous-même?

C : Oui.

I : Vous vous piquez, puis...

C : À quelle heure t'as dit qu'il fallait que je le fasse maintenant?

I : Ben, ça serait avant le dîner. À quelle heure vous dînez?

C : À 11h

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

I : 11h, ok, on le fera à la fin de la visite. [...] Ça fait qu'on est pas mal tout le temps en bas de 12?

C : Vraiment, comment faudrait que ça viendrait-là pour que ça soit normal?

I : Pour que ça soit [...] vraiment bien contrôlé, si vous pouvez les maintenir en bas de 10.

C : En bas de dix.

I : Six à huit-là, surtout en bas de 12 [...]. Là vous étiez vraiment haut, vous étiez à 19, 20. Maintenant, c'est pas mal plus beau » (Visite à domicile 04B).

La plupart des interventions observées durant la visite à domicile se réalisent avec un agencement similaire. Par les entretiens durant la visite, l'infirmière saisit l'opportunité pour intervenir sur différents plans tout en ajustant son tir en fonction des réactions de Madame Cormier. Il faut mentionner que l'observation de cette situation de soins par le chercheur a eu lieu au moment où l'infirmière réalisait sa sixième visite auprès de cette dame. Il est alors intéressant de constater le nombre élevé d'interventions observées durant cette seule visite suggérant que le processus d'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge implique plusieurs interventions qui sont reprises et renforcées au cours d'un suivi. Le dispositif de la présente recherche ne permettait pas l'observation d'un suivi au complet, mais il serait intéressant d'investiguer comment les interventions s'ajustent dans le temps au fur et à mesure qu'un suivi à domicile se poursuit.

Le tableau 33 présente aussi les représentations de l'infirmière au plan des dimensions du savoir et du savoir-être. Elles proviennent de l'analyse du contenu de l'entrevue en réponse aux questions sur la manière dont elle s'est prise pour mener à bien ses interventions. L'extrait qui suit résume bien comment l'infirmière se représente son intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de santé :

« Je pense qu'avec toutes mes années en nursing, ça m'aide beaucoup. À travers l'expérience, je suis venue à réaliser que surtout lorsque c'est à faire de l'enseignement, bien souvent la personne ne va pas démontrer si elle n'a

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

pas compris, elle ne va pas le démontrer. [...] C'est une chose qu'il faut contourner d'une certaine manière donc moi, j'essaie surtout d'essayer de percevoir l'état de la personne, pas juste physique mais du côté émotionnel. [...] Essayer de rejoindre cette personne-là à son niveau, m'adapter à la personne, être à l'écoute de l'autre » (Entrevue 04).

D'après cet extrait, on constate que l'infirmière fait part de l'apport de son expérience qui l'aide à façonner ses interventions. Elle souligne en plus l'importance de considérer la personne dans sa globalité, de se mettre au niveau de la personne et d'être prédisposé à l'écoute ainsi que la nécessité d'adapter l'intervention selon les particularités de la personne.

Selon l'infirmière, Madame Cormier est une personne dont l'autoprise en charge de sa santé se déroule très bien. La présence de caractéristiques telles que la motivation à apprendre, la collaboration et le soutien de la famille ont facilité son autoprise en charge. Elle a pu graduellement intégrer les changements nécessaires pour vivre avec le diabète et ainsi s'adapter à sa situation comme en témoigne l'extrait suivant :

« Elle était fière d'avoir pu apprendre à utiliser la machine et d'avoir fait des changements dans sa diète, [...] de s'adapter à un ordre, déjeuner, dîner, souper à des certains temps dans la journée [...] ça débalancé son horaire de vie mais elle s'est adaptée » (Entrevue 04).

La section suivante examine le cas de Madame Goguen dont l'autoprise en charge de sa santé est difficile.

4.5.2 Cas représentatif d'une autoprise en charge de sa santé qui présente des difficultés : Madame Goguen

Madame Goguen est une dame âgée de 80 ans souffrant d'hypertension artérielle, mais qui a aussi reçu des diagnostics secondaires d'anxiété chronique et de démence légère. Ses caractéristiques personnelles et contextuelles sont présentées au tableau 34.

Elle a été référée aux soins à domicile pour des prises de sang régulières, mais aussi pour

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Tableau 34
Principales caractéristiques du cas de Madame Goguen

Caractéristiques personnelles et contextuelles	
<ul style="list-style-type: none"> • Âge : 80 ans, vit avec son fils • Diagnostic médical principal : hypertension artérielle; diagnostics secondaires : anxiété chronique et démence légère • Situation familiale difficile, placement éventuel dans un foyer d'accueil. Difficultés à suivre le régime médicamenteux • Motif de la référence aux soins à domicile : prise de sang régulière, soutien émotionnel, évaluation prise de médicaments et sécurité à domicile • Durée du suivi : 13 mois et se poursuit (suivi dans le passé) • Rythme des visites : 1 fois/semaine au début, aux 2 semaines par la suite 	
Représentations de l'infirmière	
Caractéristiques entravant l'intervention d'habilitation	Dimensions du savoir et savoir-être (S, SE)
<ul style="list-style-type: none"> • Est moins apte à collaborer (trait) • Est déprimée (trait) • Est incapable de se soigner (trait) • Manque de soutien familial (condition) 	<ul style="list-style-type: none"> • Établir relation de confiance (S) • Miser sur capacités (S) • Utiliser stratégie d'apprentissage de petits pas (S) • Utiliser stratégies favorisant la collaboration (S) • Accepter la personne telle qu'elle est (SE)
Faits saillants des interventions par catégorie*	
Rapportées à l'entrevue	Observées lors de la visite à domicile
<p>CLT [3]¹</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Écoute, sécurise et laisse s'exprimer <p>TPPV [2]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vérifie la satisfaction des besoins <p>FA [4]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Enseigne sur prise de médicaments, vérifie ce qui a été compris. Encourage participation aux soins <p>PEDP [4]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Donne conseils sur alimentation. Facilite accès aux ressources (diététistes). Corrige perception sur médicaments, assure continuité des soins <p>ESPD [1]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Apporte de l'information à la prise de décision (foyers de soins) 	<p>CLT [6]²</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Écoute préoccupations, sécurise, laisse exprimer les craintes <p>TPPV [6]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vérifie satisfaction des besoins (alimentation, sommeil, élimination). Demande opinion sur utilisation de laxatifs. Invite à s'exprimer sur son état/problème <p>FA [3]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Enseigne prise de médicaments, vérifie compréhension <p>PEDP [4]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Donne des conseils sur prise de laxatifs et hydratation. Informe sur résultats des prises de sang
Résultats des interventions d'habilitation	
<ul style="list-style-type: none"> • Progrès au plan du suivi du régime médicamenteux • Constat madame est plus alerte lorsque suit régime médicamenteux. Difficulté à le maintenir et suivre les conseils, inquiétude de l'infirmière sur évolution à long terme, craint la dépendance sur leur suivi 	

Catégories d'intervention : CLT=Contribue au lien thérapeutique; TPPV=Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne; FA=Facilite l'apprentissage; PEDP=Permet l'exploration de différentes possibilités; ESPD=Encourage et soutient la prise de décision. ¹ Indique le nombre d'interventions rapportées à l'entrevue pour la catégorie. ² Indique le nombre d'interventions observées lors de la visite à domicile pour la catégorie.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

du soutien émotionnel et l'évaluation de la prise de médicaments. Ce qui est particulier chez Madame Goguen est le fait qu'elle a été référée aux soins à domicile à plusieurs reprises dans le passé pour la récurrence des problèmes. C'est en fait l'une des raisons qui a motivé l'infirmière à choisir Madame Goguen pour représenter une autoprise en charge de sa santé plus difficile, voici ses propos :

« Parce que ça fait plus longtemps que je la connais. Ça fait plusieurs années qu'elle est sur le programme. [...] On fait beaucoup, beaucoup d'enseignement, on donne beaucoup, beaucoup de support mais elle a tendance à se laisser aller et à ne pas nécessairement suivre ce qu'on lui donne [...] on vient toujours aux mêmes questions, aux mêmes problèmes avec elle. Je ne suis pas convaincue que c'est par choix, je suis convaincue que c'est par, dépendant des médicaments qu'elle prend ou la situation dans laquelle elle se retrouve, elle est comme déprimée, donc elle n'a pas la vraiment charge d'elle-même » (Entrevue 10).

Cet extrait met en relief les caractéristiques qui entravent l'autoprise en charge de Madame Goguen selon l'infirmière, lesquelles, on peut le constater, sont un amalgame de caractéristiques personnelles et contextuelles.

À l'entrevue, l'infirmière rapporte les interventions qu'elle a réalisées avec Madame Goguen dont les faits saillants se retrouvent au tableau 34 (la liste complète est à l'annexe J). Les interventions qui contribuent au lien thérapeutique sont de mises selon l'infirmière : « C'est surtout la laisser verbaliser, vérifier ses signes vitaux, ses médicaments, appeler le médecin s'il y a des changements et lui donner du support, essayer de la rassurer » (Entrevue 10). Des interventions d'enseignement sont aussi rapportées par l'infirmière surtout au plan de la prise de médicaments en plus d'en corriger les perceptions : « C'est plutôt l'emmener à accepter le fait que les médicaments ne sont pas nécessairement ce dont elle a besoin même si elle en aurait voulu d'autres »

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

(Entrevue 10). L'infirmière rapporte aussi avoir facilité l'accès à d'autres ressources dont celle d'une nutritionniste tout en relatant les difficultés rencontrées :

« Le fait que c'est une madame qui a des problèmes de constipation, j'essaie encore de l'amener à boire des liquides, mais ce n'est jamais fait. [...] J'ai amené une nutritionniste une journée [...] qui lui a fait un menu et lui a dit de faire ceci et cela à tous les matins, mais elle ne fait pas ce qu'on lui dit » (Entrevue 10).

Il en est de même pour l'intervention de lui apporter des informations nécessaires à la prise de décision au plan d'un placement éventuel dans un foyer d'accueil : « Pour moi, il n'y a pas de solution magique, mais j'ai commencé à lui parler un peu du foyer. Elle dit qu'elle sait qu'elle va finir là, mais elle n'acceptera pas ça facilement à cause de son isolement » (Entrevue 10).

L'analyse des observations à domicile chez Madame Goguen révèle un peu moins d'une vingtaine d'interventions d'habilitation réalisées par l'infirmière. Les faits saillants sont présentés au tableau 34 et la liste complète est à l'annexe J. Cette visite, qui a duré environ trente minutes, présente des interventions dans quatre des cinq catégories. Ce sont les catégories de « **Contribue au lien thérapeutique** » et « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** » qui présentent le plus d'interventions, suivies des catégories de « **Permet l'exploration de différentes possibilités** » et de « **Facilite l'apprentissage** ». Tout comme l'analyse du cas précédent, on doit tenir compte du fait que les interventions se réalisent à travers toutes les catégories de manière concomitante et souvent reprises et répétées. Dans le cas de Madame Goguen, les extraits qui suivent illustrent comment l'infirmière vérifie la satisfaction des besoins, écoute les préoccupations et, selon les propos de Madame Cormier, saisit l'opportunité pour faire de

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

l'enseignement ou de donner des conseils. Le premier extrait s'attarde au problème de la constipation :

« **Inf** : Et vos intestins, ça va mieux?

Cliente : Oh, j'ai de la misère assez, mais à matin j'avais de la misère à les faire marcher. Ça serait pas à cause des pilules? J'en prends assez, ouf!

I : Est-ce que c'est dur quand vous y allez?

C : Non, non, c'est pas que ça marche...

I : L'autre fois on avait parlé un peu que vous buviez pas beaucoup, buvez-vous plus?

C : J'essaye oui. Quand je prends mes pilules à 7h, là je bois de l'eau, là j'y pense.

I : Et vos pilules pour faire marcher vos intestins, y pensez-vous de les prendre?

C : Celle-là j'y pense tout le temps, au même temps que celle-là.

I : Le prenez-vous une fois par jour ou 2?

C : J'en prends un. J'ai pensé que je vais me sortir d'en prendre trop, je ne sais pas.

I : Celle pour vos intestins, si vous en avez besoin, ce n'est pas comme vous autres pilules. [...] C'est juste que ça va aider vos intestins à fonctionner. Le Lactulose, le prenez-vous?

C : Eh oui, mais il faut pas que j'en prenne trop de ça.

I : Qu'est-ce que ça fait quand vous en prenez trop?

C : C'est toute... Là j'en ai pas pris, ça fait quatre jours... » (Visite à domicile 10D).

Le deuxième extrait suit à peu près la même séquence dans lequel l'infirmière s'informe sur l'expérience de Madame Goguen avec la diminution de la prise d'anxiolytiques :

« **Inf** : On avait dit qu'on allait voir parce que ça va bien avec vos pilules et vous en prenez beaucoup moins maintenant.

Cliente : Ah oui, j'en prends pas assez maintenant.

I : Vous en prenez pas assez vous trouvez?

C : Je suis pas capable de dormir de service.

I : Alors que faites-vous pour dormir? Vous ne dormez pas?

C : Je ne dors pas non.

I : Non? Dormez-vous le jour?

C : Non, non,

I : Ça fait des grandes nuits!

C : Oui et le matin maintenant, je me lève plus tard. Je ne sais pas, je m'endors tard le matin.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

I : [...] Parce que ce qui arrive c'est qu'éventuellement, ces médicaments vous dépendez sur ça, et plus que vous en prenez, ça vient que ça ne fait plus rien et vous en voulez d'autres. C'était rendu que vos cartes manquait des pilules d'une journée à l'autre. Ça fait que là c'était dangereux et ça aurait pu vous faire du tort »

C : Ah oui? (Visite à domicile 10D).

Ce genre d'entretien a été observé tout au long de la visite. En partant du point de vue de Madame Goguen, l'infirmière écoute ses préoccupations, lui donne des conseils et fait de l'enseignement. Un fait à mentionner est que lors des entretiens, Madame Goguen avait un petit cahier dans lequel elle notait méticuleusement les conseils de l'infirmière pour ne pas les oublier, selon ses dires.

Au tableau 34, on retrouve aussi les représentations de l'infirmière au plan du savoir et du savoir-être. En réponse à la question sur le type de relation qu'elle a voulu établir avec Madame Goguen, l'infirmière met l'accent sur l'importance d'établir la relation de confiance, de miser sur les capacités de la personne et d'utiliser des stratégies d'apprentissage selon le rythme de la personne. Aussi, le fait d'accepter la personne telle qu'elle est, est souligné, dont voici ses propos :

« C'est pas mal, encore, un climat de confiance. Nous sommes là pour son bien et non pour la juger ou lui dire quoi faire mais pour l'emmener à être mieux. Je pense que si on allait trop brusquement, elle fermerait la porte. Elle est délicate. Ce n'est pas une madame qui peut être poussée, il faut y aller doucement » (Entrevue 10).

L'infirmière considère que l'autoprise en charge de sa santé par Madame Goguen présente encore des défis malgré un certain progrès observé au cours du suivi. L'infirmière croit que les mêmes problèmes vont ressurgir, surtout si le suivi à domicile devait se terminer :

« Sans le support qu'on lui donne, quelque chose lui arriverait. [...] Si elle n'avait pas le « monitoring » de ses médicaments [...] Si on arrêta d'y aller complètement, souvent il faut prendre charge ses médicaments, sa

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

constipation, son sommeil, la laisser verbaliser, ses craintes, ses inquiétudes, elle est contente de nous voir arriver. [...] On dirait qu'elle dépend beaucoup de nous autres » (Entrevue 10).

4.5.3 Similitudes et différences entre les deux cas

L'étude des cas des dames Cormier et Goguen a permis d'examiner deux situations contrastantes représentant une autoprise en charge qui se déroule relativement bien et l'autre qui présente des difficultés. La comparaison des deux cas révèle certaines similitudes au plan des interventions d'habilitation réalisées ainsi que la nature des représentations reliées aux dimensions du savoir et savoir-être. Cependant, on observe de nombreuses différences des caractéristiques personnelles et contextuelles des situations ainsi que des représentations des infirmières sur l'autoprise en charge de la santé des personnes concernées. Les résultats des interventions d'habilitation diffèrent alors d'un cas à l'autre (tableaux 33 et 34).

On constate que de nombreuses interventions ont été réalisées et que leurs caractéristiques traversent toutes les catégories de l'intervention d'habilitation. En examinant les faits saillants des interventions que les infirmières rapportent à l'entrevue et celles observées à domicile, on constate un ajustement des interventions en fonction des particularités de la situation de soins qui se présentent. D'ailleurs, si on examine la liste complète des interventions aux annexes I et J, leur agencement suit essentiellement la même typologie établie dans les sections précédentes consacrées aux interventions. Il en est de même pour les représentations reliées aux dimensions du savoir et savoir-être.

Un dernier constat relié aux interventions observées à domicile est leur nombre, surtout si l'on considère qu'il ne s'agissait que d'une visite de l'infirmière parmi plusieurs autres. La durée du suivi et la fréquence des visites à domicile varient d'un cas à

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

l'autre. Il n'en demeure pas moins important de mentionner qu'un grand nombre de visites ont eu lieu avant l'observation d'une visite par le chercheur qui se situe transversalement à l'intérieur d'un suivi infirmier de plusieurs mois. Le processus implique que les interventions sont souvent reprises et maintenues et ce, autant en ce qui concerne le cas dont l'autoprise en charge de sa santé est évidente, que de celui qui présente des difficultés à ce niveau.

Les différences entre les deux cas se situent à deux niveaux : d'abord au plan des caractéristiques personnelles et contextuelles, et ensuite au plan des représentations des infirmières qui en découlent, soit les caractéristiques qui facilitent et entravent l'intervention d'habilitation. Dans le cas de Madame Cormier, l'infirmière avait constaté l'anxiété ressentie face à l'enseignement relié à son diabète. Toutefois, l'infirmière constatait chez elle la motivation à apprendre, la collaboration et l'intérêt pour maintenir sa santé. S'ajoute à cela le fait qu'elle bénéficiait d'un bon soutien familial. Ces aspects ont facilité le processus d'intervention pour soutenir l'autoprise en charge de sa santé.

Dans le cas de Madame Goguen, en revanche, les caractéristiques personnelles et contextuelles indiquaient une situation où le processus d'intervention est complexifié par une situation familiale difficile. Son cheminement antérieur a connu des problèmes récurrents nécessitant plusieurs références aux services à domicile. Ainsi, les représentations de l'infirmière de l'autoprise en charge qui en découlent sont davantage centrées sur des caractéristiques de la personne et du contexte qui l'entravent. L'infirmière souligne le manque de collaboration, la dépression et l'incapacité à se soigner. À ces aspects s'ajoute le manque de soutien rendant ainsi son autoprise en charge plus difficile.

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

Ces deux cas laissent entendre que ce sont les éléments reliés aux « **trajectoires** » personnelles avec leur situation de santé et de maladie différencient les parcours de Madame Cormier et de Madame Goguen et permettent d'illustrer des dimensions de l'intervention qui prévalent sur l'habilitation à l'autoprise en charge. Ces éléments de la trajectoire incluent les caractéristiques personnelles et contextuelles décrites par les infirmières comme des facteurs agissant sur cette autoprise en charge de leur santé. Dans les deux cas, les infirmières ont ajusté leurs interventions en fonction de la situation et de la réaction des personnes. L'analyse des deux cas suggère que la conjugaison des caractéristiques personnelles et contextuelles agissent sur la réceptivité aux interventions d'habilitation et par conséquent, l'appropriation de l'intervention par les personnes concernées en est affectée.

En bref, les objectifs initiaux de l'étude sont atteints. D'une part, l'observation des situations réelles de soins a permis la description d'une soixantaine d'interventions d'habilitation à l'autoprise en charge de santé telles qu'elles se réalisent dans la pratique. D'autre part, les entrevues auprès des infirmières ont permis de saisir leurs représentations sur l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Ces représentations correspondent à leurs perspectives sur les interventions d'habilitation, les caractéristiques de la clientèle qui favorisent ou entravent l'autoprise en charge ainsi que leurs perspectives de la pratique infirmière susceptible d'influencer l'habilitation. En dernier lieu, l'analyse de cas contrastants a mis à profit la stratégie de l'incident critique pour donner un aperçu ce qui différencie un cas où l'autoprise en charge se déroule bien d'un

Chapitre 4

Présentation et interprétation des résultats

autre qui présente des difficultés et défis. Le prochain chapitre discute de l'ensemble de ces résultats.

Chapitre 5

Discussion

Chapitre 5

Discussion

La présente recherche sur l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé visait l'exploration en profondeur des éléments impliqués dans l'intervention infirmière dans le contexte des soins à domicile. Deux principaux objectifs ont guidé cette recherche, soit de décrire les interventions à l'autoprise en charge de sa santé à partir d'observations dans des situations réelles de soins à domicile et de décrire les représentations des infirmières de l'autoprise en charge de sa santé par la clientèle desservie. En réponse au premier objectif, les faits saillants des résultats indiquent que les interventions d'habilitation sont multiples et variées et revêtent un caractère multidimensionnel. Quant aux représentations des infirmières de l'autoprise en charge de sa santé, les résultats révèlent surtout la prédominance de caractéristiques de la clientèle qui la favorise ou l'entrave ainsi que les représentations qu'ont les infirmières de leur pratique en lien avec l'autoprise en charge de sa santé.

L'originalité de l'étude repose sur quatre stratégies méthodologiques qui ont permis d'atteindre les objectifs. La première est liée à l'observation *in situ* de visites à domicile afin de capter les interventions telles qu'elles se réalisent dans la pratique. Ainsi, il a été possible de documenter une variété d'interventions faisant partie du « travail infirmier » à domicile. La deuxième stratégie a été la triangulation des données en effectuant des entrevues avec les infirmières pour décrire leurs représentations de

l'autoprise en charge de sa santé. Cette stratégie a permis tout d'abord de saisir leurs représentations des interventions qu'elles réalisent et, par ce fait, il a été possible d'établir une concordance avec les interventions observées. Une troisième stratégie est liée à l'utilisation de la méthode de l'incident critique et des cas contrastants comme guide à la sélection des situations de soins par les infirmières. Ceci a permis le choix d'une situation dans laquelle l'autoprise en charge se déroule bien et une autre présentant des difficultés ou défis tels que perçus par les infirmières. La dernière stratégie repose sur les études de cas contrastants pour décrire les différences et similitudes afin d'établir la synthèse des résultats. L'ensemble de ces stratégies, nous l'espérons, ont permis de dresser un portrait intégré de l'intervention et d'élucider les éléments impliqués dans l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé dans le domaine de l'intervention infirmière à domicile.

Peu d'études empiriques ont utilisé les stratégies comme celles de la présente étude, rendant la comparaison avec les études recensées plus difficiles. En fait, la recension des écrits fait état du nombre peu élevé d'études empiriques consacrées à l'intervention infirmière d'habilitation en général, et encore moins nombreuses sont celles sur les représentations des infirmières de l'autoprise en charge de sa santé. Ces constats appuient la pertinence et l'originalité de la présente étude. Il faut alors examiner nos résultats à même les connaissances émergentes sur l'intervention d'habilitation et mettre l'accent sur les contributions de la présente recherche pour élucider davantage sa nature.

Ce chapitre de discussion comprend sept sections. La première sert à démontrer comment nos résultats confirment ou appuient l'idée de la nature multidimensionnelle de l'intervention infirmière d'habilitation. La deuxième section souligne l'apport de l'observation de situations réelles de soins comme moyen de raffiner les connaissances

Chapitre 5

Discussion

sur les « indicateurs » de l'intervention d'habilitation en plus d'élucider sa nature et ses fonctions. La troisième section est consacrée aux représentations des infirmières de l'autoprise en charge de santé en examinant d'abord ce que nous apprennent les caractéristiques de la clientèle qui la favorisent ou l'entravent. La description de ces caractéristiques va au-delà d'un concept unidimensionnel comme « l'observance aux traitements ». On jette ensuite un regard sur les représentations de la pratique infirmière permettant d'illustrer qu'elles rejoignent plusieurs éléments issus de la pratique infirmière. La quatrième section se penche sur les études de cas qui permettent de faire un parallèle avec le concept de la « trajectoire » de la maladie comme une tentative d'explication aux parcours contrastants des cas discutés. La cinquième section propose un raffinement de la définition conceptuelle de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé à la lumière des résultats obtenus. Les deux dernières sections du chapitre abordent les forces et limites de l'étude ainsi que les retombées possibles.

5.1 Nature multidimensionnelle de l'intervention d'habilitation

L'un des faits saillants de la présente recherche est d'avoir fourni une description d'une multitude d'interventions qui se répartissent à travers cinq catégories d'interventions. Aux fins de la discussion, ces catégories sont récapitulées au tableau 35. Outre la variété et le nombre d'interventions décrites, il importe de souligner que celles-ci s'effectuent dans toutes les catégories au fur et à mesure que les infirmières procèdent dans leur travail avec la clientèle. De plus, elles sont souvent répétées et reprises, se réalisant de façon concomitante avec d'autres interventions telles que l'exécution de soins techniques. On obtient un portrait de la **nature multidimensionnelle** de l'intervention d'habilitation telle qu'elle se réalise dans la pratique.

Chapitre 5

Discussion

Tableau 35
Récapitulation des catégories de l'intervention d'habilitation

Catégories
Contribue au lien thérapeutique
Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne
Facilite l'apprentissage
Permet l'exploration de différentes possibilités
Encourage et soutient la prise de décision

La catégorisation de l'intervention d'habilitation utilisée tire ses origines des résultats de St-Cyr Tribble et al. (2003) sur l'habilitation aux compétences parentales. Cette catégorisation illustrant la nature multidimensionnelle de l'intervention a été utilisée dans d'autres études de St-Cyr Tribble et al. (2005; 2006) et est assez constante, mais elle est utilisée pour la première fois dans un contexte de soins à domicile. La présente recherche s'inscrit dans la poursuite des travaux de cette dernière en utilisant les dimensions de l'intervention d'habilitation pour décrire les interventions en soins à domicile. Les résultats de la présente étude démontrent la pertinence de cette catégorisation comme moyen de déceler les « indicateurs » de l'intervention d'habilitation d'une part, et son applicabilité dans le contexte des soins à domicile, d'autre part.

L'idée d'examiner la nature multidimensionnelle de l'intervention, prise dans son sens général, n'est en fait pas nouvelle. Par exemple, les écrits consacrés aux diverses conceptualisations des soins infirmiers décrivent la notion de soins « holistes » ou « globaux » comme une caractéristique fondamentale des soins infirmiers (Fawcett, 2005; Kérouac et al. 2003). On soulève également que les interventions englobent une large gamme d'activités qui se réalisent en interaction constante avec la personne soignée. La

relation qui s'établit entre l'infirmière et la personne devient centrale au processus d'intervention visant le soutien, l'enseignement ou toutes autres activités de soins. Si la nature multidimensionnelle de l'intervention est reconnue, les études empiriques qui explicitent sa nature et qui décrivent comment elle s'actualise dans la pratique ne sont qu'à leur début. Nos résultats apportent des éléments nouveaux en spécifiant les catégories d'intervention et leurs interventions respectives auprès d'une clientèle dont plusieurs présentent des problèmes de santé chronique et qui est suivie à domicile.

La nature multidimensionnelle de l'intervention d'habilitation a été constatée dans les études qui décrivent des processus d'appropriation, sauf que leurs modalités de réalisation sont peu élucidées (Falk-Rafael, 2001; McWilliam et al., 1997; Chang et al., 2004). Par contre, ces études ont en commun de souligner l'importance de la relation qui s'établit entre l'infirmière et la clientèle. Dans cet ordre d'idée, la catégorie « **Contribue au lien thérapeutique** » issue de nos résultats vient corroborer ceux de ces études.

Par exemple, l'étude de Falk-Rafael (2001) réalisée auprès d'infirmières en santé publique décrit un processus qui se réalise par l'agencement de quatre stratégies d'interventions dont la première est le développement de la relation de confiance. Les autres stratégies se traduisent par des interventions qui soutiennent les intérêts de la clientèle, qui permettent le transfert des connaissances et l'acquisition de compétences ainsi que le renforcement des capacités. C'est aussi le cas des recherches-action de McWilliam et al. (1997) et de Chang et al. (2004) dans lesquelles on a développé et appliqué une intervention infirmière spécifique pour engendrer un processus d'empowerment. On démontre que la pierre angulaire de ce processus est le développement d'un lien de confiance. À partir de ce lien, la personne chemine

graduellement vers une prise de conscience de sa situation, laquelle, à son tour, sert à mobiliser les ressources et potentiels aboutissant éventuellement vers une forme d'empowerment personnel. Dans ces recherches, on mentionne certaines interventions comme l'écoute active et le recadrage, mais leurs buts visaient davantage la description d'un processus. À l'instar de nos résultats, on insiste sur la nature non-linéaire, voire circulaire de ces processus, appuyant ainsi l'idée de la nature multidimensionnelle de l'intervention.

Des recherches émergentes en soins à domicile corroborent la nature multidimensionnelle de l'intervention (Cossette et al., 2002; Hughes et al., 2002; McBride et al., 2004; Naylor et al., 2000; Robinson et al. 1999). Tout comme notre recherche, ces études visaient la description des interventions afin de les documenter. Elles emploient différents systèmes de classification pré-établis et par ce fait, démontrent que les interventions se réalisent à travers toutes leurs catégories respectives, illustrant ainsi ce caractère multidimensionnel. Parallèlement à nos résultats, ces études démontrent également que les interventions sont multiples, variées et englobent une large gamme d'activités. Elles diffèrent dans la manière de les catégoriser et de les répartir, dépendamment du système de classification choisi. Ces différences rendent difficiles les comparaisons avec nos résultats d'une part, et entre les résultats de ces recherches elles-mêmes, d'autre part.

Par exemple, la majorité des interventions issues de nos résultats sont regroupées dans les catégories d'interventions « **Contribue au lien thérapeutique** », « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** », et « **Facilite l'apprentissage** » (tableau 17, p. 109 et tableau 23, p. 130). Dans les études de Robinson et al. (1999) et de

Hughes et al. (2002), qui utilisent le NILT (*Nursing Intervention Lexicon and Taxonomy*), les interventions de la catégorie « Information et enseignement » étaient les plus documentées, suivies, dans une mesure moindre, de la catégorie « Soins thérapeutiques psychosociaux ». Ces deux catégories ressemblent à nos catégories touchant l'apprentissage et le lien thérapeutique, mais leur système de classification n'a pas de catégorie correspondant à « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** ». Bien que des interventions similaires à cette dernière catégorie soient réparties dans les catégories « Détermination des besoins » et « Surveillance », peu d'interventions y ont été documentées par les infirmières. Des résultats similaires sont rapportés dans l'étude de Cossette et al. (2002) qui utilise une version modifiée du NILT cité précédemment. Une très forte propension des interventions documentées s'insèrent dans la catégorie « Éducationnelle », suivie de très près de la catégorie « Soutien émotionnel ».

Quant aux études de McBride et al. (2004) et de Naylor et al. (2002), leurs résultats sont très peu comparables aux nôtres, ni à ceux des études précités. Les systèmes de classification utilisés, soit le NIC (*Nursing Intervention Classification*) et le Omaha (*The Omaha System*) respectivement, présentent plutôt des domaines ou schèmes d'intervention plus larges avec une série de cibles pré-établies. Les mêmes cibles peuvent alors se retrouver sous différentes catégories, rendant difficile l'identification des interventions spécifiques. Néanmoins, les résultats de McBride et al. (2004) indiquent une propension d'interventions documentées dans le domaine « Système de santé », lequel inclut des interventions de gestion de cas et d'échange d'informations. Elles sont suivies de très près du domaine « Sécurité », dont la principale intervention documentée est la

surveillance pour renforcer la sécurité. De l'étude de Naylor et al. (2002), les interventions de la catégorie « Surveillance » ont été les plus documentées, ciblant la surveillance des symptômes, de l'état mental et du système de soutien. Les différences dans la manière de catégoriser les interventions qui émanent de ces recherches font partie du travail de développement d'un système de classification et d'autres recherches seront nécessaires pour démontrer l'applicabilité et la pertinence d'un système. Ces études viennent confirmer, à l'instar de nos résultats, la nature multidimensionnelle de l'intervention.

Il y a cependant lieu de signaler des différences majeures au niveau méthodologique entre notre étude et ces recherches émergentes en soins à domicile. Tout d'abord, elles ont été réalisées auprès d'infirmières praticiennes spécialisées à l'intérieur de programmes d'interventions contrôlées. Notre étude, en revanche, a plutôt été réalisée auprès d'infirmières dites « généralistes » dans leur milieu « naturel ». D'autres différences sont que leur description des interventions a été générée à même la documentation infirmière et que leurs infirmières ont été formées pour effectuer cette documentation selon le système de classification utilisé. Quant à notre étude, les interventions ont été décrites à partir d'observations de situations de soins réelles ce qui a permis de documenter une multitude et une diversité d'interventions qui documentent le travail des infirmières de première ligne en soins à domicile. Il a donc lieu de souligner dans la prochaine section l'apport de l'observation comme outil de recherche pertinent pour capter les interventions.

5.2 Apport de l'observation pour décrire les interventions d'habilitation

L'observation de situations réelles de soins était au cœur du devis d'orientation ethnométhodologique utilisé pour cette recherche. En plus de capter la nature multidimensionnelle de l'intervention, l'observation a permis de dresser un portrait de la façon dont les interventions se réalisent dans la pratique. Ainsi, les résultats générés par notre étude ajoutent une nouvelle dimension à la description des interventions qui n'est pas captée dans les recherches se penchant sur une forme ou une autre de l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Le devis utilisé a aussi la particularité de permettre la triangulation des données. Ainsi, grâce aux entrevues avec les infirmières sur les représentations de l'autoprise en charge de sa santé, les interventions observées corroborent leurs représentations de celles-ci. On aborde, dans un premier temps, l'apport de l'observation pour raffiner les connaissances sur les « indicateurs » des interventions d'habilitation et, dans un deuxième temps, illustrer dans quelle mesure l'observation a permis d'élucider la nature et les fonctions des interventions.

5.2.1 Raffinement des indicateurs de l'intervention d'habilitation

Les résultats de l'analyse de l'observation des visites à domicile a permis de dégager une soixantaine d'interventions réparties à travers les cinq catégories d'interventions. Comme le démontrent les tableaux 18 à 22 du chapitre sur les résultats (pp. 112 à 127), la majorité des interventions sont regroupées dans les catégories « Contribue au lien thérapeutique » et « Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne », avec 20 interventions chacune, suivie de la catégorie « Facilite l'apprentissage » avec 10 interventions. Les deux dernières catégories, soit celles « Permet l'exploration de différentes possibilités » et « Encourage et soutient la prise

de décision » regroupent six et quatre interventions respectivement. Or, le nombre d'interventions observées importe moins que la manière d'arriver à soutirer les indicateurs des interventions d'habilitation.

La stratégie d'observation adoptée dans le cadre de la présente étude, à la suggestion de Miles et Huberman (1994), a été d'élaborer une grille qui soit à la fois suffisamment structurée pour orienter l'observation et suffisamment souple pour capter d'autres observations en dehors de cette structure. Vu le nombre limité de recherches sur l'intervention d'habilitation, et encore moins de recherches observationnelles sur l'intervention, la grille d'observation s'est inspirée des résultats de St-Cyr Tribble et al. (2003).

Cette stratégie d'observation a certes porté fruit. Tel que discuté à la section précédente, la catégorisation s'est avérée très pertinente comme manière d'exprimer la nature multidimensionnelle de l'intervention. Ensuite, l'ajout d'interventions dans les catégories suggérées par St-Cyr Tribble et al. (2003) contribue au raffinement des indicateurs de ces interventions et permet d'apprécier comment elles se réalisent dans la pratique. Ces ajouts ont été notables dans les catégories « **Contribue au lien thérapeutique** » et « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** ».

Dans la catégorie « **Contribue au lien thérapeutique** », la grille initiale comportait sept interventions auxquelles sont venues s'ajouter 13 nouvelles. Certaines de ces interventions ont été fréquemment observées, dont « **Initie une conversation hors-sujet** », « **Utilise de l'humour** », « **Sécurise la personne** » et « **Renforce les initiatives** » (tableau 18, p. 112). Ces interventions sont venues s'ajouter à des interventions déjà incluses dans la grille, dont « **Écoute les préoccupations** », « **S'informe de l'état de**

santé », « Demande des précisions » et « Répond aux préoccupations ». Le portrait que l'on obtient de l'ensemble des interventions observées dans cette catégorie sert à illustrer comment les infirmières s'y sont prises pour initier, maintenir ou renforcer le lien thérapeutique. Ce portrait vient préciser davantage le type d'intervention utilisée, ce qui est rarement élucidé dans les études sur l'habilitation malgré la reconnaissance quasi-unanime de l'importance de la relation thérapeutique. Plusieurs études soulignent, par exemple, l'importance d'interventions comme « l'écoute active » en tant que stratégie de base à l'établissement de la relation thérapeutique de même que l'importance de créer un espace interactionnel approprié pour permettre des échanges avec la clientèle (Faulkner, 2001a; 2001b; McNaughton, 2000; McWilliam et al., 2001; Patterson, 2001; Paul et al., 1995; Pooley et al., 2001). Par ailleurs, dans Dunst et al. (1996), l'évaluation des pratiques d'empowerment repose sur deux énoncés demandant spécifiquement aux utilisateurs si l'intervenant est à leur écoute et s'il essaie de comprendre leurs inquiétudes.

Les études émergentes en soins à domicile citées précédemment décrivent davantage d'interventions qui correspondent à notre catégorie du lien thérapeutique. Le système de classification utilisé dans Robinson et al. (1999) et Hughes et al. (2002) renferme une catégorie « Soins thérapeutiques psychosociaux ». Les exemples d'interventions rejoignent les nôtres, notamment écouter les préoccupations, laisser exprimer les craintes et encourager les initiatives. Il en est de même dans l'étude de Cossette et al. (2002) visant la documentation des interventions pour réduire le stress psychologique à la suite d'un infarctus du myocarde où leur système de classification comporte une catégorie spécifique au « soutien émotionnel », en plus des sous-catégories d'écouter, de rassurer et d'encourager et de conseiller. Les interventions citées rejoignent

plusieurs des nôtres, en particulier laisser exprimer les craintes et émotions, encourager la verbalisation des sentiments et renforcer les initiatives.

La catégorie « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** » en est une autre dans laquelle plusieurs nouvelles interventions ont été observées par rapport à la grille d'analyse initiale (tableau 19, p. 116). Ces interventions illustrent la manière dont les infirmières vont solliciter des informations auprès de la personne soignée ou de son entourage. On a vu que ces interventions sont utiles pour la planification des soins. L'apport de l'observation ici a été de constater comment ces interventions incitent une forme de participation de la part de la clientèle, et par conséquent, l'implique directement dans les soins prodigués. Ces interventions sont multiples et variées, dont l'une des plus fréquemment observées a été « Vérifie la satisfaction des besoins ». Fait important à signaler par rapport à cette intervention est que cette vérification allait souvent au-delà du motif de la visite et permettait l'exploration d'autres aspects d'intérêts et d'importance pour les personnes, de sorte à solliciter leur point de vue. Plusieurs autres interventions observées dans cette catégorie ont cette même fonction, notamment « Vérifie le suivi médical », « S'informe des préférences pour les soins » et « Vérifie la surveillance des paramètres physiologiques identifiés par la personne ».

Les multiples interventions observées dans cette catégorie fournissent plusieurs nouveaux indicateurs d'interventions d'habilitation en soins à domicile qui s'ajoutent à la catégorisation suggérée par St-Cyr Tribble et al. (2003). L'une de ses particularités est que l'observation a permis de capter beaucoup plus d'interventions que celles rapportées par les infirmières lors des entrevues sur les représentations de l'autoprise en charge. Ceci

Chapitre 5

Discussion

serait peut-être une indication que les infirmières ont tendance à sous-estimer les interventions qu'elles réalisent à cet effet (ce point sera discuté davantage dans la prochaine section sur l'apport de l'observation pour déceler la nature et les fonctions des interventions). Une autre particularité de cette catégorie est que les notions de participation et d'implication de la clientèle ainsi que les notions de tenir compte de leurs points de vue et leurs expériences sont des thématiques récurrentes dans les écrits et appuient nos résultats.

C'est le cas de l'étude de Paul et al. (1995) examinant les éléments associés au processus de communication interpersonnelle susceptibles de favoriser l'habilitation aux compétences parentales. Leurs résultats soulignent l'importance de l'écoute active dans ce processus, car elle permet la création d'un espace interactionnel propice aux échanges qui tiennent compte de l'expérience de la clientèle avec le parentage, favorisant ainsi l'habilitation. Lorsque les infirmières vont chercher le point de vue de la clientèle sur divers aspects reliés à sa situation, le contexte est favorable pour approfondir davantage d'autres aspects qui vont au-delà du motif de la visite. Les résultats de l'étude de Pooley (2001) abondent dans le même sens. Cette étude, examinant les perceptions de l'empowerment auprès de personnes atteintes de diabète et de professionnels de la santé, illustre l'importance de créer un espace interactionnel. Cet espace donne à la clientèle l'opportunité de poser des questions et de sentir qu'on les écoute et qu'on tient compte de leur expérience. Ainsi, un plan d'action taillé aux circonstances particulières de la personne peut être établi. McNaughton (2000) est arrivée aux mêmes constats dans sa synthèse de recherches qualitatives en santé publique. Parmi les stratégies d'intervention

Chapitre 5

Discussion

rapportées, on identifie celles qui permettent de connaître la clientèle, supposant une compréhension de leur expérience selon leur contexte de vie.

Les interventions de la catégorie « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** » suggèrent que les infirmières incitent une forme d'implication et de participation de la part de la clientèle. Plusieurs études mettent justement l'accent sur ces notions comme des composantes essentielles à l'habilitation et l'appropriation. Le « *Helpgiver Practices Scale* » de Dunst et al. (1996) comporte une sous-échelle consacrée à l'implication participative. Les items demandent aux utilisateurs des services d'aide familiale d'évaluer, entre autres, dans quelle mesure leur intervenant essaie de comprendre leurs inquiétudes, de mettre l'accent sur leurs habilités, de travailler de manière collaborative ou de les impliquer dans la prise de décision. Lorsque ces éléments étaient présents, les utilisateurs avaient tendance à évaluer positivement la capacité de l'intervenant à mobiliser les ressources, soutiens et services nécessaires. L'implication et la participation sont aussi ressorties des études de Faulkner (2001a; 2001b) consacrées au développement et à la validation d'un modèle d'interaction qui favorisent ou découragent l'empowerment chez les personnes âgées hospitalisées. Ce sont les interventions qui font la promotion de l'indépendance des personnes âgées qui ont été identifiées comme favorables à leur empowerment. Parmi les interventions, on retrouve celles qui permettent d'être conscientes de leurs besoins, d'accomplir les activités par elles-mêmes et qui encouragent les possibilités de faire des choix par rapport à leurs soins.

La question de tenir compte du point de vue et de l'expérience de la clientèle et la participation active de celle-ci dans leurs soins sont aussi des thèmes qui se dégagent des études qui présentent un point de vue critique sur les pratiques d'empowerment (Loft et

al., 2003; McWilliam et al., 2001; Patterson, 2001). Ces études soulignent que l'un des défis lié à l'actualisation de pratiques d'empowerment est la difficulté d'établir de véritables partenariats de soins entre les professionnels de la santé et les personnes soignées. Ces partenariats préconisent la participation active des personnes dans leurs soins et la prise en compte de leur point de vue et de leurs expériences comme moyens de miser sur leurs forces et compétences, plutôt que de les rendre dépendants des professionnels de la santé. Bien que notre étude ne se soit pas penchée sur la question de l'établissement de partenariats dans le sens préconisé dans ces études, le fait que nous avons observé plusieurs interventions qui tiennent compte du point de vue des personnes est de bon augure.

Par ailleurs, à la différence de nos résultats, les recherches émergentes en soins à domicile n'ont pas de catégories d'intervention reflétant l'implication et la participation de la clientèle. Par exemple, l'une des interventions observées très fréquemment était « Vérifie la satisfaction des besoins » qui permet l'exploration d'aspects débordant souvent le motif de la visite de l'infirmière. Ce genre d'intervention appartient à la catégorie « Détermination des besoins » dans Robinson et al. (1999) et Hughes et al. (2002), tandis que McBride et al. (2004) la relègue à la catégorie « Physiologique de base ». Il en est de même pour l'intervention « Vérifie la surveillance des paramètres physiologiques identifiés par la personne » dans laquelle l'infirmière sollicite des renseignements non seulement comme moyen de vérifier comment la personne exécute la surveillance, mais aussi pour vérifier comment elle interprète les résultats et fait les modifications nécessaires, le cas échéant. Robinson et al. (1999), Hughes et al. (2002) et Naylor (2004) ont une catégorie consacrée à la « Surveillance », mais les interventions

Chapitre 5

Discussion

qui s'y trouvent suggèrent plutôt une activité à sens unique, exécutée par l'infirmière. Pour les recherches visant la documentation des interventions infirmières, il y a peut-être lieu d'argumenter en faveur d'une appellation pour une catégorie d'intervention qui reflète davantage l'apport de la clientèle comme une forme de participation de leur part.

Le fait que les trois autres catégories d'intervention utilisées dans le cadre de notre étude présentent moins d'interventions que les catégories précédentes, n'en réduit pas leur importance. Au contraire, l'observation a démontré comment elles s'intègrent aux interventions des autres catégories pour contribuer à l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. C'est le cas pour la catégorie « **Facilite l'apprentissage** » avec dix interventions observées (tableau 20, p. 121). L'intervention la plus fréquemment observée est « Fait de l'enseignement », peu surprenant étant donné que les écrits en science infirmière sont unanimes à souligner la « fonction éducative » de l'infirmière auprès des diverses clientèles (Kérouac et al., 2003). L'observation a démontré la multitude de thèmes pouvant être abordés lors d'une même visite, souvent en réponse ou en réaction aux interventions d'autres catégories. C'est le cas d'interventions comme celles d'écouter les préoccupations, de vérifier la satisfaction de besoins ou de surveiller les paramètres physiologiques. On a observé que les infirmières ajustent le contenu de l'enseignement en fonction des réactions de la personne. L'observation fréquente d'une intervention comme « Vérifie ce que la personne sait et comprend » démontre également la grande variété de thèmes pouvant être abordées. Cette intervention suggère que les infirmières, en plus de faire de l'enseignement, vérifient ce qui a été compris, démontrant ainsi le caractère continu de l'intervention.

Ce portrait que nous obtenons des interventions qui facilitent l'apprentissage présente quelques similitudes avec les études émergentes en soins à domicile. La plupart des systèmes de classification utilisés dans ces études ont une catégorie spécifique consacrée à l'apprentissage. Robinson et al. (1999) et Hughes et al. (2002) regroupent ces interventions dans une catégorie « Information et enseignement », alors que Naylor et al. (2000) les regroupent dans une autre, « Enseignement et conseil ». Quant à Cossette et al. (2002), ces interventions s'insèrent dans la catégorie « Éducationnelle ». D'ailleurs, dans l'ensemble de ces études, les interventions de ces catégories d'apprentissage ont été davantage documentées par les infirmières. Pourtant, dans Naylor, elles arrivent au deuxième rang après les interventions de la « Surveillance ». Ce contraste s'expliquerait en partie par la procédure de documentation des interventions et fera l'objet de discussion dans la section suivante.

L'avant-dernière catégorie, « **Permet l'exploration de différentes possibilités** », présente six interventions (tableau 21, p. 125). Les interventions de cette catégorie permettent aux personnes d'envisager d'autres possibilités, soit en fournissant des conseils comme solutions possibles aux problèmes qui se présentent ou en fournissant de l'information. Les interventions observées plus fréquemment sont « Assure la continuité des soins » et « Donne des conseils ». Pour la première, l'infirmière informe la personne des démarches qui seront entreprises afin de répondre à une préoccupation ou un problème exprimé. Il s'agit aussi de l'informer du suivi des soins en expliquant comment elle va faire la liaison avec le médecin traitant, avec les autres professionnels ou avec les infirmières de relève. En ce qui a trait à la deuxième intervention, « Donne des conseils », l'observation a permis de souligner un grand nombre et une grande variété de conseil

pouvant être offerts. Cette intervention diffère d'une intervention d'enseignement, parce qu'il s'agit plutôt de suggérer des actions que la personne peut poursuivre.

Certaines interventions de cette catégorie sont reflétées dans quelques études, mais on ne leur attribue pas nécessairement la fonction d'envisager d'autres possibilités. Par exemple, Patterson et al. (2001) et Pooley et al. (2001) soulignent que la continuité des soins est un facteur que les bénéficiaires de soins apprécient dans leur relation avec les professionnels de la santé. L'intervention « Donne des conseils » trouve appui dans les études en soins à domicile sauf qu'elle est catégorisée différemment de la nôtre. Dans les études de Robinson et al. (1999) et de Hughes et al. (2002), cette intervention tombe sous la catégorie « Information et enseignement », alors que dans Naylor et al. (2000), il s'agit de la catégorie « Enseignement et conseil ». Dans Cossette et al. (2002), le conseil est une sous-catégorie du « Soutien émotionnel », précisant son rôle dans la relation thérapeutique. Ces différences au niveau de la catégorisation sont probablement attribuables à la nature des systèmes de classification utilisés. Si une intervention comme « Donne des conseils » est classée comme ayant une fonction d'enseignement ou agissant sur la relation thérapeutique, elle importe moins que la reconnaissance de sa nature. L'appellation de la catégorie « **Permettre l'exploration de différentes possibilités** » qui découle des travaux de St-Cyr Tribble et al. (2003; 2005; 2006) reflète une fonction qui la nuance d'une intervention d'enseignement proprement dite ou d'une intervention contribuant au lien thérapeutique.

L'argument précédent s'applique aussi à la dernière catégorie d'intervention « **Encourage et soutient la prise de décision** ». L'observation des visites à domicile a décelé quatre interventions appartenant à cette catégorie (tableau 22, p. 127). Des

Chapitre 5

Discussion

interventions comme « Apporte des informations nécessaires à la prise de décision », « Offre des alternatives » ou « Invite la personne à accepter ou non l'aide offerte » illustrent la manière dont les infirmières encouragent et soutiennent cette prise de décision. Cependant, ces interventions n'ont pas été observées très fréquemment. Ceci est possiblement dû au fait que seule une visite à domicile a été observée et que des interventions de ce genre n'ont pu être captées. De plus, lors des entrevues avec les infirmières, ces interventions ont été moins abordées que celles des autres catégories (tableau 28, p. 143). On peut alors se demander si cette différence entre les interventions observées et rapportées est une indication que les infirmières interviennent moins au plan de la prise de décision.

Des tentatives de réponses proviennent peut-être de la différence des milieux de recherche d'où cette catégorisation prend ses origines. L'étude de St-Cyr Tribble et al. (2003) a été réalisée auprès d'infirmières et d'intervenants psychosociaux et de parents afin d'étudier l'habilitation aux compétences parentales. Ces parents consultaient pour une variété de problèmes reliés aux difficultés de parentage. Il se peut donc que les situations rencontrées puissent permettre d'intervenir davantage au plan de la prise de décision. Dans le contexte des soins à domicile, où une large part de la clientèle est aux prises avec divers problèmes de santé chronique, les interventions relatives à la prise de décision n'ont peut-être pas la même portée que dans l'étude de St-Cyr Tribble et al. (2003). Il se peut que la prise de décision se fasse davantage au début d'un suivi et fasse intervenir d'autres membres de l'équipe de soins, dont le médecin référant ou l'équipe multidisciplinaire. Dans cette optique, les infirmières auraient moins besoin d'intervenir au plan de la prise de décision concernant l'exécution du plan de soins global.

Chapitre 5

Discussion

Une autre explication potentielle, qui est liée à cette dernière, est que la nature de la prise de décision serait différente lors des visites à domicile, surtout au plan des ajustements ponctuels au plan de soins. Par exemple, dans la catégorie « **Travaille à partir du point du vue et des forces de la personne** », nous avons constaté que les infirmières ajustent le plan de soins grâce aux interventions comme la vérification de la satisfaction des besoins, la vérification de la préférence pour les soins ou la vérification de la surveillance des paramètres physiologiques. Souvent, les réactions des personnes à ces interventions permettaient à l'infirmière d'ajuster son tir en quelque sorte. Elles pouvaient alors faire de l'enseignement ou offrir des conseils de sorte à permettre aux personnes de décider elles-mêmes de la démarche à poursuivre. Dans cette optique, la conjugaison de ces interventions agit sur une forme de prise de décision qui n'a pas été captée spécifiquement par les interventions de notre catégorie « **Encourage et soutient la prise de décision** ». Cette piste nous provient de l'étude de Naylor et al. (2000). Leur système de classification des interventions en soins à domicile définit la catégorie « Enseignement et conseil » par des activités visant la participation du client dans ses autosoins. Les exemples d'interventions sont « Donner de l'information », « Encourager la participation » et « Aider dans la prise de décision ». Des interventions similaires ont été dégagées de notre étude à travers les différentes catégories d'intervention. Or, il se peut donc que nous ayons sous-estimé l'impact de différentes interventions sur la prise de décision. D'autres recherches seront nécessaires pour élucider ce point, particulièrement pour inclure la perspective de la clientèle afin d'évaluer l'impact des interventions sur leur prise de décision.

5.2.2 Élaboration de la nature et de la fonction des interventions

En plus de démontrer le caractère multidimensionnel de l'intervention et d'avoir raffiné les indicateurs de ces interventions, l'observation, combinée aux entrevues auprès des infirmières, a été de permettre d'élucider la nature et la fonction de certaines interventions que les infirmières ont peu abordées en entrevue.

L'une des premières contributions de l'observation est d'avoir obtenu ce portrait intégrateur de la manière dont les interventions se réalisent dans la pratique qui reflète leur caractère multidimensionnel. Les interventions se réalisent à travers toutes les catégories d'interventions. Par exemple, une intervention comme celle de vérifier la satisfaction des besoins donne l'occasion à la personne de s'exprimer sur ce point et bien souvent elle peut aborder des aspects qui vont au-delà du motif de la visite. L'infirmière a alors l'opportunité d'approfondir un aspect abordé, contribuant ainsi au lien thérapeutique. Selon les aspects abordés, l'infirmière peut aussi vérifier ce que la personne sait et comprend à ce sujet et ensuite en profiter pour faire de l'enseignement et donner des conseils. Un autre aspect révélateur de l'observation est le mouvement de « va-et-vient » entre les interventions, c'est-à-dire que la même intervention est souvent reprise à différents moments lors d'une même visite, au fur et à mesure que se poursuit l'entretien entre l'infirmière et la personne. Ce mouvement entre les interventions s'ajuste aux particularités de la personne et de la situation.

Grâce aux entrevues avec les infirmières, leurs représentations des interventions a permis d'établir une certaine concordance avec les interventions observées. Cette concordance a été établie en partie par la distribution des interventions selon la catégorie (tableau 23, p. 130). À l'exception d'une catégorie, les infirmières ont abordé des

interventions qui correspondent à la distribution des interventions observées dans les situations réelles de soins. La catégorie faisant exception est « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** » dans laquelle plus du double d'interventions ont été observées. Cependant, lorsqu'on examine de plus près les interventions à l'intérieur des catégories, on constate que l'observation a permis de déceler certaines interventions observées très fréquemment que les infirmières ont peu rapportées aux entrevues. En fait, on s'aperçoit que les infirmières ont peut-être sous-évalué leur propension à travailler à partir du point de vue et de forces de la personne.

En examinant le tableau 25, (p. 137), qui compare les interventions observées et rapportées lors des entrevues, deux interventions surprennent par leur fréquence d'observation. La première est « Vérifie la satisfaction des besoins », très peu rapportée aux entrevues. L'analyse a démontré que sa fonction va bien au-delà de la vérification de routine. En laissant la clientèle s'exprimer sur ses besoins, les infirmières ouvrent la porte à l'exploration de thèmes autres que ceux du motif de la visite. De plus, ceci permet à la clientèle de donner son point de vue sur la satisfaction ou non des besoins, à l'infirmière d'explorer et de suggérer d'autres stratégies. Il en est de même pour l'intervention « Vérifie le suivi médical », ayant fait l'objet d'observations répétées, mais qu'aucune infirmière n'a rapporté. L'analyse a démontré que cette intervention a une double fonction, celle de permettre à la personne de s'exprimer sur ce suivi tout en permettant à l'infirmière de vérifier ce qui est compris. C'est aussi le cas d'interventions observées telles « S'informe des préférences pour les soins » ou « Vérifie le confort avec les soins prodigués ». Elles ont toutes les deux la fonction d'inciter une forme d'implication et de participation de la clientèle dans leurs soins.

Chapitre 5

Discussion

L'observation a aussi permis de déceler la fonction d'une intervention particulière dans la catégorie « **Contribue au lien thérapeutique** » (tableau 24, p. 134). Il s'agit de « **Initie une conversation hors-sujet** », une intervention observée à plusieurs reprises, mais non rapportée aux entrevues. D'ailleurs, au début de l'analyse des visites à domicile, cette observation n'avait pas été classée comme une intervention. C'est à la suite de son observation répétée lors de plusieurs visites à domicile, et aussi durant une même visite, qui a obligé un approfondissement de l'analyse pour constater qu'il s'agissait bel et bien d'une intervention qui avait une fonction dans l'initiation et le maintien de la relation. Sans l'observation, une intervention de ce genre n'aurait pas été captée.

L'apport de l'observation pour déceler la nature et la fonction des interventions nous permet d'émettre des réserves par rapport aux résultats des études émergentes en soins à domicile citées précédemment (Cossette et al., 2002; Hughes et al., 2002; McBride et al., 2004; Naylor et al., 2000; Robinson et al., 1999). Il faut se rappeler que ces études ont soutiré leur description des interventions à même la documentation infirmière. Bien que ces infirmières aient reçu une formation à cet effet à l'intérieur de programmes d'interventions contrôlés, il y a lieu de se demander si la fonction de certaines interventions n'aurait pas échappé à l'œil des chercheurs en l'absence de l'observation. À la lumière de nos résultats suivant les observations, il se peut que les infirmières de ces études aient eu tendance à documenter des interventions plus tangibles ou évidentes telles que de faire de l'enseignement. Or, en l'absence de l'observation, la fonction des interventions émanant de nos résultats, telles « **Vérifie la satisfaction des besoins** », « **Vérifie le suivi médical** » ou « **Initie une conversation hors-sujet** », n'aurait pas été documentée. D'ailleurs, Hughes et al. (2002) et Naylor et al., (2002) ont évoqué la

possibilité d'une sous-documentation des interventions par les infirmières comme une limite de leur recherche. Il ne s'agit pas de discréditer les études de ce genre qui tentent la description des interventions. Cependant, il y a lieu de suggérer l'ajout d'une composante observationnelle qui vienne élucider la fonction des interventions, une contribution originale de notre recherche.

En plus de démontrer la nature multidimensionnelle de l'intervention et de constater l'apport de l'observation, la discussion se penche maintenant sur une autre contribution de notre étude, soit celle des représentations des infirmières de l'autoprise en charge de santé.

5.3 Représentations des infirmières de l'autoprise en charge de sa santé

Le deuxième objectif de notre recherche, centré sur les représentations de l'autoprise en charge de sa santé, s'inscrivait dans l'idée de consulter les membres de la profession infirmière pour connaître leur « façon de voir », et « l'idée » qu'ils se font de leur pratique comme soutien à cette autoprise en charge. Un autre point original de notre étude repose sur le fait que nous avons intégré à notre démarche méthodologique la stratégie de l'incident critique et des cas contrastants comme moyen d'inciter un processus réflexif chez les infirmières par rapport à cette autoprise en charge. De cette manière, nous avons pu contraster les éléments que les infirmières considèrent qui sont en jeu dans les cas où l'autoprise en charge se déroule bien et ceux où l'autoprise en charge présente des difficultés ou défis.

L'utilisation de cette stratégie nous a permis d'obtenir une perspective intéressante, voire unique sur la façon dont les infirmières se représentent l'autoprise en charge de sa santé. Nous avons ainsi dégagé deux grandes catégories de représentations,

celles qui sont reliées aux caractéristiques de la clientèle qui favorisent ou entravent l'intervention d'habilitation de cette autoprise en charge et celles qui sont reliées à la pratique infirmière.

5.3.1 Représentations des caractéristiques de la clientèle qui facilitent et entravent l'intervention d'habilitation

Grâce aux stratégies de l'incident critique et des cas contrastants, l'analyse des entrevues réalisée auprès des infirmières a permis de dégager une série de représentations par rapport aux facteurs qui favorisent ou entravent l'habilitation à l'autoprise en charge. Les résultats démontrent qu'il s'agit d'un amalgame d'éléments regroupés selon trois catégories, soit les « **Caractéristiques personnelles** », les « **Éléments reliés à la participation** » et les « **Conditions** ». L'ensemble de ces représentations nous apprennent que les infirmières ont reconnu une multiplicité de facteurs qui sont en jeu dans l'intervention d'habilitation, tant au plan de la réaction de la clientèle que de leur réceptivité aux interventions.

Les faits saillants des résultats démontrent que les représentations reliées aux caractéristiques comportent une variété d'éléments (tableau 29, p. 147). Celles qui favorisent l'autoprise en charge sont centrées principalement sur les notions de collaboration, d'une vision positive ou de motivation. En revanche, celles qui entravent l'autoprise en charge sont représentées par des caractéristiques de non-collaboration, d'un manque de volonté ou de connaissances. Pour ce qui est des éléments reliés à la participation (tableau 30, p. 151), ils s'articulent autour de la participation aux interventions et de la propension à entreprendre des mesures qui vont davantage aider la personne devant sa situation. Quant aux conditions (tableau 31, p. 151), le soutien familial

et l'absence de ce soutien, le cas échéant, sont parmi les caractéristiques qui influencent l'autoprise en charge.

Fait notoire de ces représentations est la prédominance des caractéristiques personnelles relativement aux deux autres catégories. À notre connaissance, aucune étude n'a fait de constats similaires au plan des caractéristiques personnelles et ceci mérite qu'on s'y attarde davantage. Avant de le faire, il y a lieu de souligner que les résultats au plan des catégories de la participation et des conditions sont confirmés dans les écrits. Dans l'une des sections précédentes, il a été souligné que la notion de participation active de la clientèle dans ses soins est une thématique récurrente dans les écrits comme un objectif à atteindre dans l'intervention d'habilitation (Dunst et al., 1996; Faulkner 2001a, 2001b; Loft et al., 2003; McWilliam et al., 2001; Patterson, 2001). La participation et l'incitation sont aussi le reflet des interventions observées de notre étude dans la catégorie « **Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne** », et ces deux aspects sont appuyés par les résultats de (Paul et al., 1995; St-Cyr Tribble et al., 2003; 2005; 2006). En ce qui a trait aux représentations reliées aux conditions, les questions du soutien en général et le soutien familial en particulier, sont identifiées dans les études comme l'une des conséquences de l'appropriation par laquelle on réussit à mobiliser les ressources de soutien (Dunst et al., 1996 et de St-Cyr Tribble et al., 2003; 2005; 2006).

La question de la prédominance des représentations reliées aux caractéristiques personnelles pose quelques défis d'interprétation. À première vue, les nombreuses caractéristiques présentées au tableau 29 (p. 147), peuvent donner l'impression que ce sont principalement ces traits qui différencient une autoprise en charge qui se déroule bien de l'une qui présente des difficultés. Elles peuvent aussi laisser entendre que les

infirmières ont appliqué des étiquettes pour tenter d'expliquer les facteurs qui différencient les deux types de cas. À notre avis, il faut plutôt les interpréter comme le fruit de l'application de la stratégie de l'incident critique pour susciter un processus réflexif chez les infirmières. Selon Minghella et Benson (1995) et Redfern et Norman (1999a; 1999b), l'incident critique, comme stratégie d'enquête, oblige la réflexion sur des expériences et des observations personnelles qui sont significatives pour la personne. Cette dernière peut ensuite réfléchir sur ses sentiments et perceptions se rapportant à l'incident. Dans notre étude, cette stratégie a été appliquée en demandant aux infirmières de sélectionner des cas qui étaient, à leurs yeux, représentatifs d'une bonne autoprise en charge et d'une qui est plus difficile. Les caractéristiques qui ont été dégagées proviennent surtout de l'analyse de leurs réponses aux questions sur les motifs du choix de la clientèle.

Dans cette optique, quelques voies d'interprétation intéressantes sont permises. Dans un premier temps, même si les traits de caractères ont été prédominants, il faut reconnaître qu'ils s'ajoutent aux autres aspects que les infirmières ont identifiées, tels les éléments reliés à la participation et aux conditions. Lorsqu'on examine l'ensemble des représentations, on peut donc les interpréter comme l'expression du fait qu'il y a une multitude de facteurs qui vont affecter l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé, dont ceux liés aux caractéristiques personnelles. Dans un deuxième temps, le processus réflexif a incité les infirmières à penser en terme des facteurs qu'elles considèrent aidants et entravants à l'autoprise en charge. Les caractéristiques personnelles ressorties peuvent être interprétées comme une identification des forces et des faiblesses qu'elles observent chez les personnes dans la pratique. À cet égard, l'utilisation d'une technique comme

l'incident critique peut s'avérer une stratégie clinique à la fois efficace et utile pour discerner les aspects qui fonctionnent bien de ceux qui causent de difficultés. L'identification de ces facteurs ouvre la porte pour mieux comprendre les situations problématiques et, par conséquent, susciter une réflexion sur des pistes de résolution de ces situations. Il serait alors intéressant à poursuivre la recherche sur l'utilisation de l'incident critique comme un outil clinique pratique et pertinent.

Un dernier aspect à considérer au sujet des représentations liées aux caractéristiques personnelles est qu'il a été plus facile pour les infirmières d'identifier les aspects qui favorisent l'autoprise en charge que ceux qui l'entravent. Au tableau 29 (p. 147), on remarque que les caractéristiques les plus fréquentes sont davantage concentrées parmi celles qui la favorisent. Quant à celles qui l'entravent, elles rassemblent de nombreuses caractéristiques et sont beaucoup plus disparates que celles qui favorisent l'autoprise en charge. On peut se demander si ceci n'est pas un reflet d'une réalité de la pratique infirmière. Les situations qui présentent des défis sont effectivement difficiles à cerner et les voies de solution impliquent l'examen de plusieurs facteurs conjoints. Durant les entrevues, plusieurs infirmières ont fait part de cette difficulté lorsqu'elles songeaient aux particularités des cas qu'elles avaient choisis. Ceci nous conduit à réfléchir sur la contribution de recherches comme la nôtre pour élucider la nature parfois difficile des situations rencontrées dans la pratique. Malgré ce constat, il semble important d'aller chercher le point de vue de la clientèle en lien avec les caractéristiques et les contextes abordés par les infirmières. Obtenir cette contrepartie pourrait améliorer les connaissances sur le processus d'appropriation et pourrait faire l'objet d'une recherche ultérieure. Au plan des caractéristiques personnelles identifiées par les infirmières, il est intéressant à

constater que l'une des caractéristiques les plus fréquentes à se dégager des représentations est centrée autour des notions de la collaboration et de non-collaboration comme facteur facilitant et entravant. Le seul rapprochement pouvant être fait avec des études qui ont porté attention aux difficultés rencontrées dans la pratique est qu'elles utilisent le concept de l'observance ou de l'adhésion au traitement (*compliance*) utilisé dans le domaine de la santé. Or, on peut se demander si les facteurs qui facilitent ou entravent l'autoprise en charge de santé peuvent être expliqués par ce concept.

Selon un bilan analytique et critique des recherches sur l'observance effectué par Vermeire et al. (2001), nos résultats présenteraient des pistes d'interprétation qui vont au-delà du concept. Membres d'un groupe Cochrane, ces auteurs sont arrivés à des conclusions utiles à notre discussion qui fait suite à un bilan des 30 dernières années de recherches sur l'observance aux régimes médicamenteux. Leur conclusion générale est qu'il n'y a pas eu de progrès notable sur la compréhension du phénomène de l'observance. En particulier, on déplore le fait que les mesures de l'observance utilisées dans ces recherches ne réussissent pas à capter les divers éléments contextuels qui influencent la question de l'observance ou non à un traitement. Ceci serait dû, à leurs yeux, au fait que ces recherches adoptent trop souvent une perspective paternaliste de l'observance dans laquelle on considère le patient comme un récipiendaire passif dans la prise de décision par rapport à son traitement. Par conséquent, les essais cliniques qui tentent d'améliorer l'observance arrivent souvent à des résultats contradictoires et incohérents. Pour pallier à ces lacunes, on propose l'abandon de cette perspective paternaliste de l'observance pour la remplacer par un modèle de la « concordance ». Centrale à ce modèle est l'adoption d'une perspective dans laquelle la prise de décision

Chapitre 5

Discussion

repose sur le patient et où l'empathie professionnelle constituerait la pierre angulaire.

Cette perspective est bien représentée dans la conclusion de leur bilan analytique :

« It is clear that the term compliance can no longer be simply taken for granted. A paternalistic approach in this matter should be avoided because the doctor-patient relationship, communication and shared decision-making are important factors affecting compliance. Patients' health beliefs and the patient perspective should be incorporated in the doctor-patient encounter. It is preferable to use the term adherence instead of compliance to incorporate the broader notions of concordance, cooperation and partnership » (Veimeire et al., 2001, p. 339).

À la lumière de cette perspective, l'ensemble des représentations de l'autoprise en charge qui se dégage de notre étude seraient plutôt le reflet des multiples facteurs que les infirmières rencontrent dans leur pratique. Ces facteurs vont au-delà de la question de l'observance à un traitement. La prédominance des traits des caractères pourrait alors être interprétée comme des éléments reliés à l'expérience de la personne qui influencent sa réaction et sa réceptivité aux interventions d'habilitation. Une limite importante de notre recherche est de pas avoir obtenu la perspective de la clientèle pour davantage approfondir les aspects reliés à leur expérience. Par contre, le fait d'avoir obtenu la perspective des infirmières fournit un point de départ pour mener d'autres études sur l'habilitation à l'autoprise en charge.

5.3.2 Représentations de la pratique infirmière

La deuxième catégorie de représentations, axée sur la pratique infirmière, repose sur les dimensions du savoir et du savoir-être de l'infirmière. Lors de l'analyse des entrevues, ces représentations se distinguaient des interventions directes réalisées par les infirmières auprès de leur clientèle respective.

Au plan des représentations reliées à la dimension du savoir, la question de l'établissement de la relation de confiance prédomine (tableau 32, p. 154). La majorité des infirmières ont abordé cet aspect pour souligner comment cette confiance est la pierre angulaire de leurs interventions. D'ailleurs, elles ont aussi fréquemment abordé la nécessité d'utiliser des stratégies pour la gagner lorsqu'elles perçoivent des embûches dans l'établissement de cette relation de confiance. Ces représentations sont très congruentes avec les connaissances émergentes sur l'intervention d'habilitation où la relation thérapeutique occupe une place importante, voire centrale (Chang et al., 2004; Dunst et al., 1996; Falk-Rafael, 2001; MacWilliam et al., 1997; McNaughton, 2000; Ouellet et al., (2000); Paul et al. 1995; Pooley et al., 2001; St-Cyr Tribble et al., 2003; 2005; 2006). D'autres représentations, comme celles de miser sur les capacités des personnes et de les rendre autonomes, sont aussi appuyées dans les études (Dunst et al., 1996; Falk-Rafael, 2001; Faulkner, 2001a; 2001b; Loft et al., 2003 : MacWilliam et al., 2001; St-Cyr Tribble et al., 2003; 2005; 2006).

En ce qui a trait aux représentations reliées à la dimension du savoir-être, elles sont le reflet, à notre avis, des qualités intrinsèques qui caractérisent l'engagement des infirmières envers le soin aux personnes. Les plus prédominantes s'articulent notamment autour des notions du respect, de l'acceptation de la personne telle qu'elle est et de la prédisposition à l'écoute (tableau 32, p. 154). Un parallèle peut être établi entre ces représentations et les études qui abordent la question d'une philosophie d'empowerment comme un prélude à l'intervention d'habilitation. C'est le cas de Dunst et al. (1996) qui ont développé le « *Helpgiver Practices Scale* ». Cet instrument a une sous-échelle qui mesure spécifiquement les perceptions des utilisateurs par rapport aux valeurs et

croyances de leur intervenant qui favorisent leur habilitation. Les caractéristiques incluent, entre autres, l'honnêteté et la sincérité, la capacité d'écoute et la reconnaissance de leur appel à l'aide (tableau 1, p. 25). Dans d'autres études, des représentations du savoir-être sont aussi abordées directement ou indirectement comme des attributs nécessaires à l'habilitation et à l'appropriation. Par exemple, le respect de la clientèle est l'une des caractéristiques du modèle d'empowerment de Faulkner (2001a; 2001b). La prédisposition à l'écoute, se mettre au niveau de la personne, prendre le temps de connaître la personne, considérer la personne comme un partenaire sont au nombre des thématiques ressorties dans de nombreuses autres études (Faulkner, 2001a, 2001b; Loft et al., 2003; McNaughton, 2000; McWilliam et al., 2001; Paul et al., 1995; Patterson, 2001; Pooley et al., 2001).

Si ces représentations de la pratique infirmière trouvent appui dans les études, il est encore plus intéressant de constater que les infirmières les ont abordées spontanément lors des entrevues, en réponse aux questions sur leurs interventions et sur leurs perceptions de l'autoprise en charge de sa santé. Ce fait, à notre avis, montre la pertinence de consulter ces praticiennes. Nous obtenons alors un portrait de l'intervention qui est congruent avec les conceptualisations théoriques en sciences infirmières. Dans un traité qui trace l'historique et l'évolution de la pratique infirmière, Kérouac et al. (2003) démontrent que l'intégration des savoirs est une caractéristique commune aux diverses conceptions de la pratique pour désigner les « divers processus favorisant l'intégration de la science et de l'art infirmiers » (p. 116). On les représente par l'intégration du savoir-être, du savoir et du savoir-faire. Le savoir-être est conceptualisé comme l'appropriation des valeurs, croyances et attitudes de la discipline qui caractérisent l'engagement

Chapitre 5

Discussion

professionnel et personnel de l'infirmière. Le savoir est conceptualisé comme l'intégration des connaissances propres à la science infirmière et des autres sciences comme fondements à l'intervention. Quant au savoir-faire, il réfère aux processus inhérents à l'acte de soigner, incorporant l'intégration des valeurs et connaissances, l'intuition, la réflexion et le jugement clinique.

Notre choix de désigner les représentations de la pratique infirmière comme étant reliées aux domaines du **savoir** et du **savoir-être** est compatible avec la manière dont on conceptualise le soin dans les écrits théoriques. Dans cette optique, nous pouvons aussi conceptualiser que l'ensemble des interventions abordées aux entrevues, ainsi que celles observées lors des visites à domicile, seraient représentatives de leur **savoir-faire**. Ainsi, les résultats de notre étude auront contribué, nous l'espérons, à fournir des éléments empiriques qui appuient les écrits théoriques sur la pratique infirmière.

5.4 Analyse de cas et le concept de la trajectoire de la maladie

L'analyse de cas réalisée au chapitre précédent se voulait une synthèse de l'ensemble des résultats et, par ce fait même, un exercice pour mieux comprendre ce qui différencie un cas où l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien et l'un qui présente des défis et difficultés. Les cas des dames Cormier et Goguen ont alors servi à conjuguer les caractéristiques personnelles et contextuelles qui ont généré les représentations de l'autoprise en charge de santé des infirmières soignantes d'une part, et les représentations de leurs interventions, d'autre part. Cette analyse confirme que la principale différence se situe au plan des caractéristiques personnelles et contextuelles propres à chaque cas.

Dans le cas de Madame Cormier, qui représente une situation où l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien, l'infirmière a perçu que certaines caractéristiques

personnelles (la motivation, la coopération et le fait d'être concernée par sa santé) ont agi favorablement sur cette autoprise en charge. La présence du soutien familial était aussi une caractéristique situationnelle favorable (tableau 33, p. 163). Un portrait différent se présente dans le cas de Madame Goguen. L'infirmière a perçu que les caractéristiques personnelles de la non-coopération, du sentiment de dépression et de l'incapacité de se soigner entravent son autoprise en charge. À ceci s'ajoutent des caractéristiques situationnelles comme le manque de soutien et une situation familiale difficile (tableau 34, p. 168). Dans les deux cas, il y a une relative similitude dans les représentations des infirmières sur les interventions qu'elles ont réalisées, ainsi que dans la nature des représentations de la pratique infirmière. Il en est de même pour les interventions observées lors des visites à domicile au cours desquelles de multiples interventions ont été observées.

Une piste d'interprétation possible à cette analyse de cas s'inspire du concept de « trajectoire de la maladie » issu des travaux sur la maladie chronique de Corbin et Strauss (1988, 1991). Cette piste est suggérée dans l'étude de Hughes et al. (2002) citée précédemment. Nous avons nous-même utilisé ce concept dans une recherche antérieure auprès de personnes atteintes de quadriplégie vivant à domicile avec leur conjointe pour mieux comprendre leur vécu (Godbout, 1994).

Le concept de la « trajectoire de la maladie », dans l'optique de Corbin et Strauss (1988, 1991), fait référence au parcours que peut prendre la maladie chronique au moment de son apparition et tient compte de l'impact de ce parcours sur la vie des gens. Il est entendu que le parcours comporte plusieurs phases en fonction de la nature et de l'évolution de l'affliction, pouvant passer d'une phase aiguë, de stabilité et de rechute

Chapitre 5

Discussion

jusqu'à la mort éventuelle. Ce qui est important à retenir de la notion de la trajectoire est que ces phases ne sont pas linéaires et peuvent varier selon l'évolution particulière de la maladie. Il peut y avoir un retour à une phase antérieure, ou encore le maintien d'une phase sur une longue période. Autres aspects importants sont que la trajectoire évolue en fonction des réactions particulières de la personne aux perturbations physiopathologiques qu'occasionnent la maladie et qu'elle a un impact sur toutes les sphères de son vécu et sur celui de son entourage. Chaque phase amène sa propre série d'impacts ou d'exigences au fur et à mesure que la personne apprend à composer avec les effets de la maladie.

C'est ainsi qu'entre en jeu le concept de « travail » qui est étroitement lié à celui de la trajectoire (Corbin et Strauss, 1988, 1991). Il fait référence aux tâches que doit accomplir la personne, soit seule ou en interaction avec son entourage pour arriver à gérer les effets de la maladie sur sa vie. On distingue trois principaux types de travail : 1) le travail relié à la maladie (*illness work*), qui inclut toute la gamme d'activités associées aux régimes thérapeutiques et tous les soins qui sont requis pour maintenir la stabilité de la maladie; 2) le travail relié à la vie quotidienne (*everyday-life work*), qui fait référence aux activités quotidiennes perturbées par la présence de la maladie; et 3) le travail biographique (« *biographical work* »), relié à la manière dont la personne atteinte et son entourage interprètent et articulent les nombreux effets de la maladie sur leur vie et comment ils arrivent à redéfinir et à maintenir une identité. Ce troisième type, d'intérêt particulier pour notre discussion, consiste en un travail d'ordre subjectif qui fait appel aux processus internes des personnes dans leur lutte quotidienne pour arriver à vivre avec la maladie. Il s'agit essentiellement de faire une mise en contexte de la maladie à l'intérieur de leur vie, de faire face à la maladie (*coming to terms*) et enfin, de reconstruire une vie

Chapitre 5

Discussion

autour de la maladie. Ce travail est évidemment complexe et difficile, mais il extrêmement indispensable. La mesure dans laquelle chaque personne réussit ce travail aura une influence directe sur tous les autres types de travail.

Or, lorsqu'on examine l'ensemble des représentations reliées aux caractéristiques personnelles et contextuelles, on peut se demander si elles ne sont pas l'expression de diverses formes de ce travail biographique en lien avec la trajectoire de la maladie particulière des personnes. Il pourrait être, du moins, l'expression de caractéristiques qui **influencent** ce travail biographique que les infirmières ont décelé à partir de leur expérience. La réponse à cette question bénéficierait de la perspective de la clientèle qui est, on le répète, une limite de notre étude. Cependant, le concept de la « trajectoire de la maladie » et les différents types de travail qui lui sont associés, pourraient offrir une perspective intéressante pour étudier davantage les situations où l'autoprise en charge de sa santé est problématique.

5.5 Raffinement de la conceptualisation de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé

Avant d'entreprendre notre étude, nous avons élaboré un cadre de référence éclectique et adopté une définition conceptuelle de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé en fonction de l'état des connaissances sur le sujet. À la lumière des résultats obtenus dans la présente étude, il y a lieu de raffiner certains éléments de ce cadre et de préciser cette définition conceptuelle.

Le cadre de référence ayant servi à l'étude est reproduit à la page suivante (figure 1). Il est formé de trois cercles représentant les composantes de base de l'intervention d'habilitation en intégrant les principaux éléments dans chaque cercle. Les résultats de la

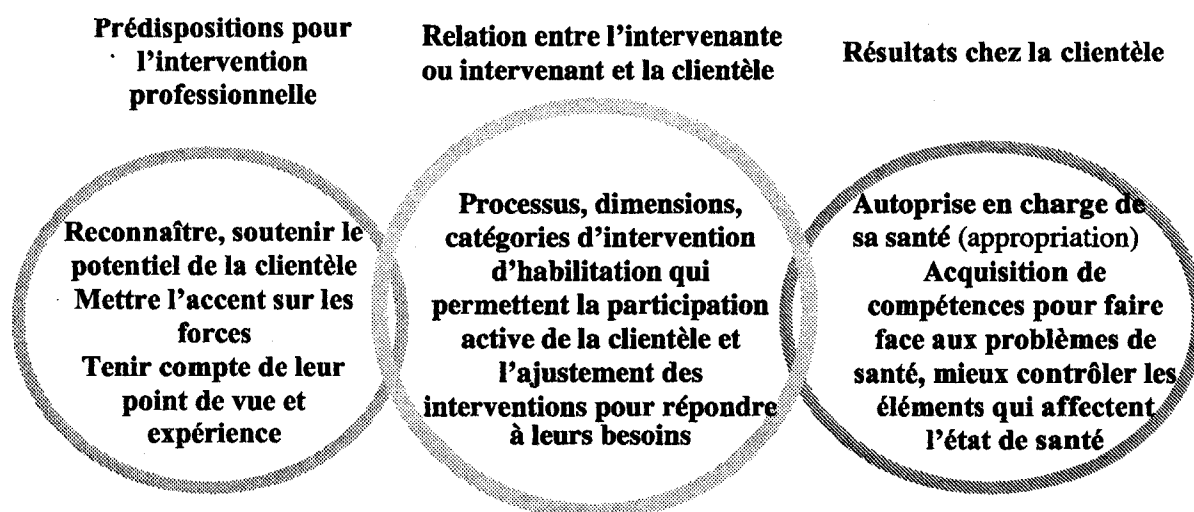


Figure 1 : Cadre de référence pour guider l'étude sur l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé

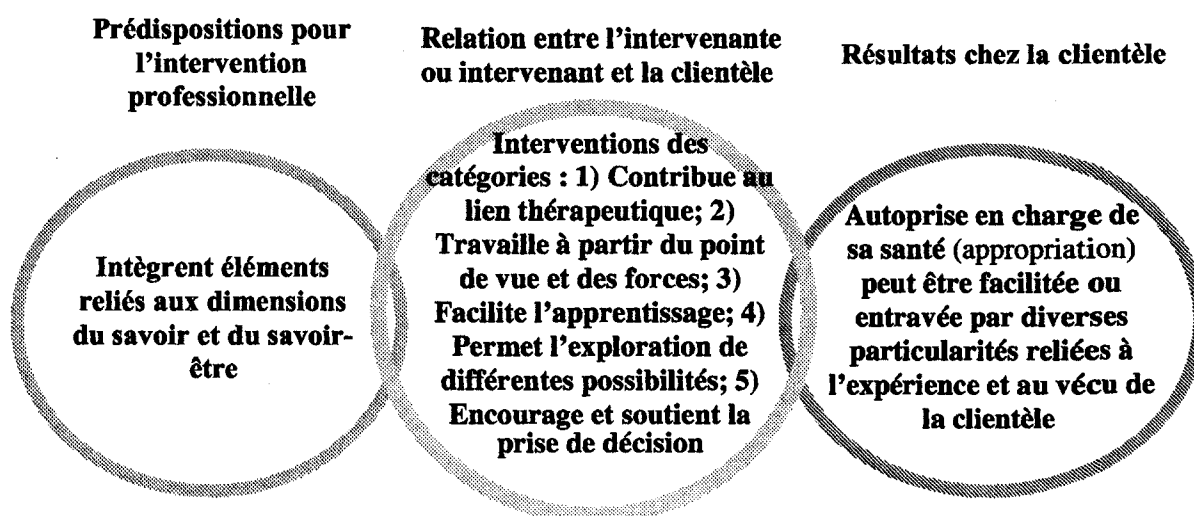


Figure 2 : Raffinements apportés au cadre de référence sur l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé

présente étude permettent de raffiner ces éléments qui sont présentés à la figure 2. Le cercle de gauche représente les prédispositions professionnelles rassemblant les valeurs inhérentes ou les éléments philosophiques qui sous-tendent l'intervention. Nos résultats appuient ces prédispositions par l'ensemble des représentations des infirmières reliées aux dimensions du savoir et du savoir-être. Nous avons argumenté précédemment que ces représentations sont en fait très congruentes avec les diverses conceptualisations de la discipline infirmière en lien avec l'intervention d'habilitation. Le fait que les infirmières ont abordé spontanément plusieurs éléments qui sous-tendent leurs interventions sont une indication, à notre avis, de valeurs partagées qui sont transmises à l'intérieur de la discipline par le biais de la formation et de la socialisation des infirmières.

Le cercle de droite des figures 1 et 2 présente les résultats pour la clientèle des interventions d'habilitation. À ce chapitre, les résultats obtenus se limitent à la perspective des infirmières, mais ils présentent néanmoins un portrait contrastant des conséquences et résultats de leurs interventions selon qu'il s'agit d'une autoprise en charge réussie ou non. Les infirmières perçoivent que plusieurs éléments influencent l'appropriation de l'intervention dont une composante qu'elles attribuent aux caractéristiques personnelles de la clientèle. La présence ou l'absence de ces caractéristiques peuvent faciliter ou entraver l'intervention d'habilitation. Quoique nous n'avons pas recueilli la perspective de la clientèle, les infirmières suggèrent qu'il y a une contribution importante de celle-ci qui est susceptible d'influencer le parcours de l'intervention et, subséquemment, les résultats de l'appropriation.

Enfin, le cercle central des figures 1 et 2 représente la composante majeure de l'intervention d'habilitation. L'une des contributions des résultats de la présente étude

Chapitre 5

Discussion

réside dans la description d'une multitude d'interventions qui constituent l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé et qui sont incluses dans les cinq catégories d'intervention. Ils appuient et enrichissent les résultats des recherches de St-Cyr Tribble et al. (2003; 2005; 2006) dans lesquelles on documente une variété d'interventions dans différentes catégories et auprès de divers intervenants et clientèles. De plus les résultats de la présente recherche documentent des interventions d'habilitation réalisées à domicile.

À l'aide des résultats de l'étude, la définition conceptuelle suivante précise celle que nous avons adoptée préalablement : « L'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé renvoie à l'intervention professionnelle visant à reconnaître, soutenir et mettre en valeur les capacités des gens à exercer un contrôle sur les facteurs qui affectent leur santé, à poser des gestes concrets pour faire face à leurs problèmes de santé et améliorer leur état (Dunst et al., 1994; Gibson, 1991; Santé Canada, 1997; St-Cyr Tribble et al., 2003). Les interventions d'habilitation peuvent être regroupées en cinq catégories, soit celles qui : 1) contribuent au lien thérapeutique; 2) permettent de travailler à partir du point de vue et des forces de la personne; 3) facilitent l'apprentissage; 4) permettent l'exploration de différentes possibilités, et 5) encouragent et soutiennent la prise de décision. Ces interventions s'ajustent en fonction des particularités des situations qui se présentent et peuvent être facilitées ou entravées par diverses particularités reliées à l'expérience et au vécu des personnes ». Nous la soumettons à la communauté des chercheurs et des infirmières afin de susciter la discussion sur la pratique et générer, nous l'espérons, d'autres recherches pour la raffiner davantage.

Chapitre 5

Discussion

5.6 Forces et limites de l'étude

La présente étude accroît le champ des connaissances sur les interventions infirmières en soins à domicile. L'une de ses forces repose sur l'utilisation de l'observation *in situ* de situations réelles de soins. Cette stratégie de recherche s'avère une méthode pertinente et non-intrusive pour capter les modalités des interventions telles qu'elles se réalisent dans la pratique. Elle permet non seulement de documenter les interventions infirmières, mais aussi de déceler la fonction de certaines interventions qui sont peu documentées dans les écrits.

L'utilisation des méthodes de l'incident critique et des cas contrastants s'avère une autre force de l'étude. Elles permettent aux infirmières participantes de réfléchir et de s'exprimer sur les points forts et les difficultés qu'elles rencontrent dans leur pratique auprès de la clientèle. Ainsi, on obtient leur perspective et leurs points de vue sur les éléments impliqués dans l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de santé. Cette perspective est d'autant plus importante compte tenu du fait qu'elles sont des professionnelles de première ligne et sont dans une position privilégiée pour assister leur clientèle avec l'autoprise en charge de leur santé.

Une autre force de l'étude, reliée à la précédente, est qu'elle permet aux infirmières d'être exposées à un processus de recherche dans un secteur de soins qui a été peu exploré à ce jour. Il est espéré que la porte s'ouvre à l'établissement de partenariat afin de poursuivre la recherche et de continuer à augmenter les connaissances dans le secteur des soins à domicile, secteur qui est appelé à jouer un rôle grandissant dans le système de santé.

Parmi les limites de l'étude, notons d'abord l'absence déjà soulignée de la perspective de la clientèle. Elle aurait permis d'approfondir davantage les facteurs qui facilitent et entravent l'autoprise en charge de leur santé. De cette manière, il aurait été possible d'examiner, entre autres, des aspects comme la congruence entre leur perspective et celle des infirmières. Elle aurait aussi permis d'aborder la question de l'arrimage des interventions d'habilitation en fonction de la perception de la clientèle sur les éléments qu'elle considère efficaces et répondant à leurs besoins.

Une autre limite de l'étude résulte de la nature transversale du devis qui n'a pas permis d'observer l'évolution de la situation des cas étudiés. Puisqu'une seule visite à domicile par client a été observée, il se peut, dans un premier temps, que d'autres interventions auraient pu être observées. Dans un deuxième temps, des visites subséquentes auraient aussi permis de capter comment les interventions évoluent en fonction de l'état de santé et des réactions de la clientèle aux interventions.

Une dernière limite, mais non la moindre, est le nombre limité d'infirmières ayant participé à l'étude. Il est espéré que nos résultats possèdent certaines similitudes à ce que d'autres infirmières vivent dans leur pratique, tant au plan des interventions qu'elles réalisent qu'au plan des situations de soins qu'elles rencontrent.

5.7 Retombées de l'étude

L'étude de l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé à partir de la perspective des infirmières en soins à domicile est l'une des premières à explorer la composante de l'intervention d'habilitation telle qu'elle se réalise dans la pratique. Les résultats obtenus ainsi que les stratégies méthodologiques utilisées ouvrent la porte à d'autres recherches pour mieux comprendre l'intervention d'habilitation et contribuent

donc à augmenter les connaissances dans ce domaine. Par conséquent, il est souhaité que l'exploration d'autres pistes prometteuses puisse influencer les pratiques favorisant l'habilitation à l'autoprise en charge de la santé de la clientèle recevant des soins à domicile.

Il y a lieu de reproduire une recherche comme la nôtre, mais en y intégrant la perspective de la clientèle. Les résultats obtenus à partir de la perspective des infirmières fournissent des pistes d'investigation intéressantes méritant une exploration auprès de la clientèle. Nommons en particulier les résultats au plan des caractéristiques personnelles et contextuelles qui facilitent ou entravent l'intervention d'habilitation. Il faudrait explorer comment les personnes soignées perçoivent elles-mêmes l'autoprise en charge de leur santé. Ceci compléterait le portrait que nous avons obtenu et ajouterait des éléments qui ont échappé à la perspective des infirmières.

En lien avec une recherche qui intègre la perspective de la clientèle, une autre piste de recherche serait d'explorer les éléments associés à la « trajectoire de la maladie » de Corbin et Strauss (1988, 1991). Cette piste provient de notre analyse de cas qui suggère que ce sont les caractéristiques personnelles et contextuelles qui ont distingué une bonne autoprise en charge de celle qui présente des difficultés ou défis. Ces caractéristiques s'apparentent à la notion du « travail biographique » influençant cette trajectoire. La perspective de la clientèle ajouterait à la compréhension de leur vécu avec la maladie chronique. En même temps, l'utilisation du concept de la trajectoire de la maladie serait peut-être une opportunité de comprendre davantage les facteurs qui facilitent et entravent l'autoprise en charge.

Chapitre 5

Discussion

Au plan méthodologique, l'étude a démontré la pertinence d'utiliser l'observation *in situ* comme outil de recherche. Cette stratégie s'est avérée relativement non-intrusive dans le sens qu'elle n'a pas compromis le déroulement des visites à domicile, surtout en ce qui a trait aux échanges entre les infirmières et leur clientèle. De plus, à la lumière des résultats, les observations ont permis de décrire une multitude d'intervention telles qu'elles se réalisent dans le milieu « naturel ». Cette stratégie pourrait facilement être intégrée à des recherches subséquentes sur l'intervention et même servir au développement d'outils cliniques. Elle pourrait servir, par exemple, de complément aux études qui visent la documentation de l'intervention telles les recherches émergentes en soins à domicile citées précédemment (Cossette et al., 2002; Hughes et al., 2002, McBride et al., 2004; Naylor et al., 2000; Robinson et al., 1999). L'observation a permis de déceler des interventions qui sont peu ou pas documentées, mais qui font néanmoins partie du « travail » infirmier. L'observation pourrait aussi être adaptée à des situations spécifiques pour étudier, par exemple, les cas où l'autoprise en charge présente des difficultés. Elle pourrait alors servir de complément à d'autres outils cliniques comme les discussions de cas qui visent la résolution de problèmes rencontrés dans des situations particulières. Dans cette même optique, l'observation pourrait aussi servir à la formation continue des infirmières de même qu'à celle de nouvelles infirmières en leur fournissant d'autres outils dans le processus de résolution de problèmes rencontrés dans la pratique, en collaboration avec la clientèle.

La stratégie de l'incident critique et des cas contrastants offre aussi des possibilités pour la poursuite de la recherche sur l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé ainsi qu'à la formation des infirmières. L'étude a démontré qu'en donnant aux

infirmières l'occasion de réfléchir aux situations qu'elles rencontrent dans leur pratique, elles ont pu mettre à contribution leur vécu et leur expérience. Les représentations dont elles nous ont fait part, tant au plan de l'autoprise en charge que de l'intervention, ont généré une perspective peu explorée jusqu'à date. L'utilisation de cette stratégie serait justifiée lors de recherches éventuelles afin d'explorer davantage les éléments associés à l'autoprise en charge selon la perspective des praticiennes et de s'en servir ensuite dans la formation à l'intervention de soutien à l'autoprise en charge de sa santé.

Les connaissances acquises dans le cadre de la présente étude sur l'utilisation de différentes stratégies et sur la contribution des infirmières mérite qu'on envisage l'établissement d'un partenariat de recherche avec le secteur des soins à domicile. Ce partenariat pourrait s'inspirer des études de St-Cyr Tribble et al. (2003; 2005; 2006) dans lesquelles on a intégré un processus d'évaluation de quatrième génération de Guba et Lincoln (1989). Ce processus met à contribution la perspective des partenaires à chacune des étapes de l'évaluation des services rendus aux utilisateurs. De cette manière, il devient possible d'explorer les pratiques d'habilitation en fonction des intérêts et préoccupations qui émanent du milieu. Ainsi, on pourrait examiner, entre autres, les pratiques qui fonctionnent bien et celles qui nécessitent de l'amélioration. Aussi, cette perspective permettrait d'examiner la perception de ces pratiques par la clientèle afin de saisir comment l'intervention influence le cheminement vers l'appropriation de l'autoprise en charge. Ce processus pourrait éventuellement permettre l'élaboration d'approches novatrices pour la pratique tout en contribuant à augmenter le champ de connaissance de l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé.

Chapitre 5

Discussion

Conclusion

Conclusion

Cette recherche d'orientation ethnométhodologique a intégré deux éléments à sa démarche : l'observation *in situ* de situations réelles de soins à domicile et l'entrevue avec les infirmières participantes. De plus, les stratégies de l'incident critique et des cas contrastants ont servi à la sélection des situations de soins pour l'observation et pour lesquelles les infirmières apportaient leurs perspectives à l'entrevue. Cette démarche englobante constitue une contribution originale de la présente recherche.

L'observation de situations de soins réelles à domicile a permis de documenter une soixantaine d'interventions infirmières d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé. Les résultats démontrent que ces interventions possèdent un caractère multidimensionnel et se réalisent à travers les différentes catégories d'intervention ayant servi à les classer dans le cadre de cette étude. Les entrevues auprès des infirmières ont permis d'obtenir leurs représentations des interventions qu'elles réalisent ainsi que leur perspective sur l'autoprise en charge de santé. Les résultats de l'analyse des entrevues démontrent que les infirmières ont corroboré plusieurs interventions qui ont été observées, mais un apport supplémentaire de l'observation a été de déceler la nature et la fonction de certaines interventions peu abordées lors des entrevues.

Au plan des représentations des infirmières de l'autoprise en charge de sa santé, les entrevues ont été une occasion pour elles de s'exprimer sur plusieurs facettes reliées à leur travail. Ainsi, elles ont fait part des caractéristiques de la clientèle qui favorisent ou

entravent cette autoprise en charge, en plus d'aborder les éléments reliés à la pratique infirmière au plan des dimensions du savoir et du savoir-être de l'infirmière.

Grâce à la triangulation des données inhérentes à la démarche méthodologique et par l'intermédiaire d'analyse de cas, les résultats offrent une perspective unique sur l'intervention d'habilitation. D'une part, les infirmières ajustent leurs interventions en fonction des réactions des personnes et saisissent les occasions pour effectuer les diverses interventions. Ce qui différencie un cas pour lequel l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien à celui qui présente des difficultés est davantage perçu comme étant relié aux caractéristiques personnelles et contextuelles de la clientèle face à leur situation.

Cette perspective indique que des situations qui présentent des difficultés au plan de l'autoprise en charge de la santé rassemblent des caractéristiques qui vont au au-delà d'un concept unidimensionnel comme « l'observance au traitement ». En fait, ces situations comportent plutôt des éléments se rapprochant au concept de la « trajectoire de maladie » qui relate le cheminement de la personne aux prises avec la maladie chronique.

Les retombées de cette recherche sont nombreuses. Tout d'abord, il est suggéré que le caractère non-intrusif de l'observation *in situ* pourrait servir au développement d'outils cliniques permettant d'analyser les difficultés rencontrées dans une situation clinique particulière. Au plan de la recherche, il est suggéré d'intégrer la perspective de la clientèle pour approfondir davantage son parcours dans l'intervention.

En somme, cette recherche représente un premier pas dans la compréhension des éléments impliqués dans l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé dans le secteur des soins à domicile. Elle peut servir de tremplin à d'autres recherches visant l'amélioration de la pratique infirmière dans ce domaine.

Conclusion

Références

Références

- Association canadienne de soins et services à domicile (2004). *Un partenariat essentiel pour des soins de santé intégrés et axés sur la clientèle*. Ottawa : Auteur.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Boyle, J. S. (1994). Styles of ethnography. Dans J. M. Morse (éd.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 159-185). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Chang, L.-C., Li, I.-C., & Liu, C.-H. (2004). A study of the empowerment process for cancer patients using Freire's dialogical interviewing. *Journal of Nursing Research*. 12(1), 41-49.
- Charpentier, M., & Soulières, M. (2006). *Paroles de résidents. Droits et pouvoir d'agir (empowerment) des personnes âgées en résidence et en centre d'hébergement*. Montréal : École de travail social, Université du Québec à Montréal.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002). *Guidé par nos valeurs. L'Avenir des soins de santé au Canada-Rapport final*. Saskatoon : Auteur.
- Conférence des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé (1997). *Vision renouvelée du régime de services de santé du Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé (2002). *Renouvellement du système de santé*. Fredericton, N.-B. : Auteur.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1988). *Unending work and care. Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1991). A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An international Journal*. 5(3), 155-174.
- Cormier-Daigle, M., Baker, C., Arseneault, A.-M., & MacDonald, M. (1995). The Extra-Mural Hospital : A home health care initiative in New Brunswick. Dans M. J. Stewart (éd.), *Community Nursing. Promoting Canadians' Health* (pp. 163-179). Toronto: Saunders.
- Cossette, S., Frasure-Smith, N., & Lespérance, F. (2002). Nursing approaches to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction. *International Journal of Nursing Studies*. 39, 479-494.

- Dunst, C. J (2005, juin). Mapping the adoption, application and adherence to family support principles. *Practical Evaluation Reports* 1(2), 1-7.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M. (2005, juin). Characteristics and Consequences of Family-Centered Helping Practices. *Casemakers* 1(6), 1-4.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M. & Cutspec, P. A. (2002, septembre). An evidence-based approach to documenting the characteristics and consequences of early intervention practices. *Centerscope*, 1(2), 1-6.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling & empowering families. Principles & guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (Eds.). (1994). *Supporting strengthening families. Volume 1: Methods, strategies and practices*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (1996). Measuring the helping practices of human services program practitioners. *Human Relations*. 49, 815-835.
- Falk-Rafael, A. R. (2001). Empowerment as a process of evolving consciousness : a model of empowered caring. *Advances in Nursing Science*. 24(1), 1-16.
- Faulkner, M. (2001a). Empowerment and disempowerment : models of staff/patient interaction. *NT Research*. 6(6), 936-948.
- Faulkner, M. (2001b). A measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people. *Journal of Advanced Nursing*. 34(5), 676-686.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories (2nd ed.)*. Philadelphia : F. A. Davis.
- Ferguson, G. (1993). Designed to serve: the New Brunswick Extra-Mural Hospital. *Journal of Ambulatory Care Management*. 16, 40-50.
- Forum national sur la santé (1998). *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Ste-Foy, Québec : Éditions Multimondes.
- Gagnon, É., Guberman, N., Côté, D., Gilbert, C., Thivierge, N., & Tremblay, M. (2002). Les soins à domicile dans le contexte du virage ambulatoire. *L'Infirmière du Québec*. 10(2), 13-22, 24.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 16, 354-361.

- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.
- Godbout, P. (1994). *L'expérience de couples de vivre la quadriplégie à domicile*. Mémoire de maîtrise non-publié. Montréal : Université de Montréal.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA : Sage.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2000). Phenomenology, ethnomethodology, and interpretive practice. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (éds.), *Strategies of qualitative inquiry* (pp. 137-157). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Hughes, L.C., Robinson, L. A., Cooley, M. E., Nuamah, I, Grobe, S. J., & McCorkle, R. (2002). Describing an episode of home nursing care for elderly postsurgical cancer patients. *Nursing Research*, 51(2), 110-118.
- Jacoud, M., & Mayer, R. (1997). L'observation *in situ* et la recherche qualitative. Dans Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 238-274). Montréal : Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales : un domaine en expansion. Dans D. Jodelet (éd.), *Les représentations sociales* (pp. 31-61). Paris : PUF.
- Jorgensen, D. L. (1989). *Participant observation. A methodology for human studies*. Newbury Park, CA : Sage.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière (2^e éd)*. Laval (Québec) : Beauchemin.
- Labonte, R. (1994). Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 21, 253-268.
- Laperrière, A. (1997a). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 333-365). Montréal : Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.
- Laperrière, A. (1997b). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 392-418). Montréal : Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.

Références

- LeBossé, Y. D. (1996). Empowerment et pratiques sociales: illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 9(1), 127-145.
- LeBossé, Y. D., & Lavallée, M. (1993). Empowerment et psychologie communautaire. Aperçu historique et perspective d'avenir. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 18, 7-20.
- Leininger, M. (1994). Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Dans J. M. Morse (éd.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 99-115). Thousand Oaks, CA : Sage
- Leininger, M. M. (1985a). Ethnography and ethnonursing : models and modes of qualitative data analysis. Dans M. M. Leininger (éd.), *Qualitative research methods in nursing* (pp. 33-71). Montreal : Saunders.
- Leininger, M. M. (1985b). Audiovisual methods in nursing research. Dans M. M. Leininger (éd.), *Qualitative research methods in nursing* (pp. 331-341). Montreal : Saunders.
- Loft, M, McWilliam, C., & Ward-Griffin, C. (2003). Patient empowerment after total hip and knee replacement. *Orthopaedic Nursing*. 22(1), 42-47.
- McBride, K. L., White, C. L., Sourial, R., & Mayo, N. (2004). Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*. 47(2), 192-200.
- McNaughton, D. B. (2000). A synthesis of qualitative home visiting research. *Public Health Nursing*. 17(6), 405-414.
- McWilliam, C. L., Stewart, M., Brown, J. B., McNair, S., Desai, K., Patterson, M. L., Del Maestro, N., & Pittman, B. J. (1997). Creating empowering meaning : an interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promotion International*. 12(2), 111-123.
- McWilliam, C. L., Ward-Griffin, C., Sweetland, D., Sutherland, C., & O'Halloran, L. (2001). The experience of empowerment in in-home services delivery. *Home Health Care Services Quarterly*. 20(4), 49-71.
- Minghella, S., Benson, A. (1995). Developing reflective practice in mental health nursing through critical incident analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 21(2), 205-213.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Morse, J. M. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*. 10(1), 3-5.

- Morse, J. M. (1994). Designing funded qualitative research. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (éds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 220-234). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Naylor, M. D., Bowles, K. H., & Brooten, D. (2000). Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health Nursing*, 17(2), 94-102.
- Office de la langue française du Québec (2003). *Le grand dictionnaire terminologique*. De : <http://www.granddictionnaire.com>.
- Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R., & Garon, S. (2000). Intervention en soutien à l'empowerment. Dans Naître égaux – grandir en santé. *Nouvelles Pratiques Sociales (NPS)*, 13(1), 85-102.
- Patterson, B. (2001). Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 574-581.
- Paul, D., Lambert, C., S-Cyr Tribble, D., & Lebel, P. (1995). *L'intervention infirmière dans une perspective d'habilitation aux compétences parentales lors de la visite post-natale*. Sherbrooke, Québec : Département des sciences infirmières, Université de Sherbrooke.
- Pepin, J. I. (1996). L'ethnographie interprétative centrée sur une expérience, celle du soin (caring) auprès d'un parent âgé. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, 15, 73-87.
- Pineault, R., & Daleluy, C. (1986). *La planification en santé. Concepts, méthodes et stratégies*. Montréal : Agence d'Arc.
- Pooley, C. G., Gerrard, C., Hollis, S., Morton, S., & Astbury, J. (2001). 'Oh it's a wonderful practice... you can talk to them': a qualitative study of patients' and health professionals' views on the management of type 2 diabetes. *Health and Social Care in the Community*, 9(5), 318-326.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 198-237). Montréal : Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.
- Rappaport, J. (1987) Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory of community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-144.

Références

- Rappaport, J. (1985). The power of empowerment language. *Social Policy*, 16(2), 15-21.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-25.
- Redfern, S., & Norman, I. (1999a). Quality of nursing care perceived by patients and their nurses : an application of the critical incident technique. Part 1. *Journal of Clinical Nursing*. 8(4), 407-413.
- Redfern, S., & Norman, I. (1999b). Quality of nursing care perceived by patients and their nurses : an application of the critical incident technique. Part 2. *Journal of Clinical Nursing*. 8(4), 414-421.
- Robinson, L., Hughes, L.C., Adler, D. C., Strumpf, N., Grobe, S. J., & McCorkle, R. (1999). Describing the work of nursing : the case of postsurgical nursing interventions for men with prostate cancer. *Research in Nursing & Health*. 22, 321-328.
- Santé Canada (1997). *Prendre en main sa santé. L'apport des infirmières et des médecins. Étude exploratoire*. Ottawa, ON : Direction générale de la promotion et des programmes de la santé.
- Santé et Mieux-être Nouveau-Brunswick (2006). *Rapport annuel 2004-2005*. Fredericton : Auteur.
- Santé et Mieux-être Nouveau-Brunswick (2004). *Un avenir en santé : protéger le système de santé au Nouveau-Brunswick. Plan provincial de la santé 2004-2008*. Fredericton : Auteur.
- Santé et Mieux-être Nouveau-Brunswick (2003). *Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick*. Fredericton : Auteur.
- Schumacher, K. L., & Marren, J. (2004). Home care nursing for older adults. *Nursing Clinics of North America*. 39, 443-471.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Montreal : Holt, Rinehart and Winston.
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. Montreal : Harcourt, Brace, Jovanovitch.

- St-Cyr Tribble, D., Archambault, J., Blancgard, R., Doré, C., Lacharité, C., Marchand, C., Mercier, K., Morin, P., & Peçanha, D. (2005). *Évaluation systématique du fonctionnement familial en intervention de première ligne*, rapport de recherche, Série B : Études et analyses scientifique. Sherbrooke : Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement, CLSC de Sherbrooke.
- St-Cyr Tribble, D., Bell, L., Gallagher, F., Giguère, C., Pauzé, R., Sylvestre, A., & Yergeau, É. (2006). *Programme « Naître Égaux – Grandir en santé » et la compétence parentale en lien avec le développement des enfants âgés de moins de 24 mois*. Lac-Mégantic (Québec) : Centre de santé et de services sociaux du Granit et Université de Sherbrooke.
- St-Cyr Tribble, D., Paul, D., Gallagher, F., & Archambault, J. (2003). *Les pratiques d'empowerment en première ligne: compréhension et évaluation de l'efficacité des interventions infirmières et psychosociales conduites auprès de parents*, rapport de recherche, Série B : Études et analyses scientifique. Sherbrooke : Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement, CLSC de Sherbrooke.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (1996). Characteristics and consequences of help-giving practices in contrasting human services program. *American Journal of Community Psychology*. 24(2), 273-293.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., Boyd, K., & Hamby, D. W. (1995). Family-oriented program models, helpgiving practices, and parental control appraisals. *Exceptional Children*. 62(3), 237-248.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment : three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Pharmacy and Therapeutics*. 26, 331-342
- Villeneuve, M., & MacDonald, J. (2006). *Vers 2020: visions pour les soins infirmiers*. Ottawa, ON: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen : Who Regional Office for Europe, Health Evidence Network report.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197-205.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1994). Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly*, 21(2), 141-148.
- Wilson, L. L., & Dunst, C. J. (2005, juillet). Checklist for assessing adherence to family-centered practices. *Casetools*, 1(1), 1-6.

Annexe A

Grille d'observation des visites à domicile

Grilles d'observation*

Cas # : _____		Date : _____	Heure d'arrivée : _____	Heure de départ : _____	Personnes présentes : _____
Motif(s) de la présente visite					
Description sommaire du lieu (où sont prodigués les soins)					
Catégories d'interventions**					
1 Contribue au lien thérapeutique 1a S'informe de l'état de santé 1b Écoute les préoccupations 1c Répond aux préoccupations 1d Réconforte 1e Demande des précisions 1f Laisse exprimer les émotions 1g Réagit aux émotions exprimées 1h Laisse exprimer les craintes 1i Réagit aux craintes exprimées Autres (décrire brièvement)	2 Travaille à partir du point de vue de la personne et de ses forces 2a Invite à s'exprimer sur son état/problème 2b Demande son opinion 2c Invite à nommer les forces 2d Nomme les forces et les valorise 2e Exprime sa disponibilité Autres (décrire brièvement)	3 Encourage et soutient la prise de décision 3a Invite la personne à décider des solutions à entreprendre aux problèmes/besoins exprimés 3b Offre des alternatives 3c Invite la personne à accepter ou non l'aide offerte 3d Apporte des informations nécessaires à la prise de décision 3e Accepte la décision et ajuste l'intervention en conséquence 3f Adapte le rythme de l'intervention à celui de la personne Autres (noter brièvement)	4 Permet l'exploration de différentes possibilités 4a Donne des conseils 4b Donne des informations 4c Invite la personne à se questionner 4d Facilite l'accès à diverses ressources 4e Assure la continuité des soins Autres (noter brièvement)	5 Facilite l'apprentissage 5a Vérifie ce que la personne sait et comprend 5b Fait de l'enseignement sur : 1 Les techniques de soins 2 La prise de médicaments 3 L'examen physique 4 L'évaluation des soins 5c Fait la démonstration des soins 5d Observe l'exécution des soins par la personne 5e Enseigne à un membre de l'entourage (indiquer l'enseignement fait et à qui) Autres (noter brièvement)	
Observations (noter brièvement l'action de l'inf.)				Clientèle (noter brièvement implication, réactions)	
Chrono	Description				
Implication de l'entourage (au besoin)					

*Le format original était sur une feuille de format légal et a été réduit pour l'annexe. **La catégorisation des observations a été inspirée des résultats de la recherche de St-Cyr Tribble et al. (2003).

*Cas # _____ (suite)

1 Contribue au lien thérapeutique Autres (décrire brièvement)	2 Travaille à partir du point de vue de la personne et de ses forces Autres (décrire brièvement)	3 Encourage et soutien la prise de décision Autres (noter brièvement)	4 Permet l'exploration de différentes possibilités Autres (noter brièvement)	5 Facilite l'apprentissage Autres (noter brièvement)
Observations (noter brièvement l'action de l'inf.)			Clientèle (noter brièvement implication, réactions)	
Implication de l'entourage (au besoin)				

Annexe A

Grille d'observation des visites à domicile

Annexe B

Guide d'entrevue avec les infirmières

Guide d'entrevue*

- 1. Pour débiter, j'aimerais que vous m'expliquiez les raisons qui vous ont amené à choisir (nommer la personne) comme une situation dans laquelle l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien?**

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Faire préciser sur quoi elle/il se base, critères, éléments, sentiments, etc.
- 2. En dépit du fait que vous avez choisi cette personne parce que l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien, y a-t-il des aspects qui présentent des difficultés?**

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Faire préciser de façon concrète les aspects qui présentent une difficulté et les raisons qui expliquent pourquoi cela représente une difficulté pour elle/lui.

Les prochaines questions portent sur les interventions que vous avez menées avec (nommer la personne dont l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien)

- 3. En premier lieu, j'aimerais que vous me donniez les informations suivantes :**
 - a) Quelle était la date (ou mois) de la première visite?
 - b) Combien de visites ont eu lieu jusqu'à date avec cette personne?
 - c) Avez-vous eut des entretiens téléphoniques en dehors des rencontres?
 - d) Quelle était la fréquence des visites (aux semaines, deux semaines, mois)?
 - e) Quelle était la durée moyenne d'une visite?

*Inspiré et adapté du guide d'entrevue utilisé dans St-Cyr Tribble et al. (2003).

Annexe B

Guide d'entrevue avec les infirmières

4. Quelle était votre perception de la situation de la personne suite aux premières visites à domicile?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Évaluation de la situation par l'infirmière/infirmier
- Façon dont elle/il interprétait les besoins, les demandes, les problèmes de la personne, tenaient-elle compte des croyances
- Identification des déficits et potentiels
- Perception des conditions de vie de la personne (conditions matérielles d'existence, conditions personnelles d'existence, situation familiale incluant le soutien intra-familial et extra-familial)
- Vérifier si l'évaluation initiale de la situation s'est modifiée suite à la première rencontre
- Quels sont les facteurs qui ont agit sur ces différences (analyse de la situation, analyse de l'environnement familial, nouvelle information et laquelle, etc.)?
- Quelles étaient ses impressions sur le déroulement éventuel de la situation et sur quoi se base-t-elle/il pour les décrire?

5. Racontez-moi comment se déroule en général une visite chez cette personne?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Début, poursuite et fin d'une rencontre
- Description des données de contexte (présence ou non d'un membre de la famille, personne significative, etc.)
- Mesures prises pour maintenir la continuité des soins (modalités de prise de rendez-vous, qui les initient et pourquoi)
- Facultatif : différences avec ma visite...

6. Au cours de vos visites avec la personne, pouvez-vous me nommer et me décrire les interventions qui ont été faites?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Préciser le type d'interventions qui a été fait (ex : interventions de type instrumental, éducatif/enseignement, mobilisation du soutien, interventions auprès de la famille et autres interventions)
- Qu'est-ce qui l'a amené à favoriser un type d'intervention plutôt qu'un autre?
- Pour chaque type d'interventions, décrire comment elle ou il s'est prise pour mener à bien les interventions, atteindre ses objectifs, comment évalue-t-elle/il les résultats, l'efficacité des interventions?
- Réactions de la personne/famille aux interventions faites ou proposées et comment ces réactions ont modelé ou modifié les interventions proposées, délégation d'interventions à la personne/famille
- A-t-elle/il eu recours à des ressources/soutien de d'autres collègues ou professionnels de la santé (collaboration interdisciplinaire, types de ressources utilisées, etc.)?

7. Parmi l'ensemble des interventions que vous avez faites, pouvez-vous me décrire lesquelles ont été les plus favorables (ou aidantes) pour l'habilitation à l'autoprise en charge de (nommer la personne)?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Qu'est-ce qui a été déterminant pour réaliser cette autoprise en charge?
- S'était-elle/il fixé des objectifs d'interventions d'autoprise en charge spécifiques?
- Quels ont été les facteurs facilitant/entravant les interventions d'habilitation qui ont mené à l'autoprise en charge?

8. Parlez-moi du type de relation que vous avez voulu établir avec cette personne et ce qui vous guidait dans l'établissement de cette relation. Veuillez illustrer à partir d'exemples concrets.

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Qualité de la relation
- Évolution de la relation au cours du suivi (quoi, comment)
- Comment expliquer que cette relation soit ainsi (rôle de l'intervenant, la personne, l'entourage)
- Facultatif : Y avait-il des aspects à éviter dans cette relation avec la personne?

Annexe B

Guide d'entrevue avec les infirmières

J'aimerais maintenant que vous me parliez des changements que vous avez ou non remarqués chez la personne.

9. Dites-moi en quoi la situation de la personne a changé ou n'a pas changé en comparaison de la situation qui prévalait au début des visites à domicile.

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Y a-t-il ou non des changements remarqués?
- Nature des changements
 - Dans la situation liée aux motifs de la visite (problèmes de santé)
 - Dans la situation de la personne au plan personnel (actions, valeurs, attitudes)
- Vérifier si l'infirmière/l'infirmier croit que la personne voit des changements, lesquels et à quoi elle les attribue
- Au besoin : les changements sont-ils bénéfiques ou non pour la personne?
- Au besoin : l'infirmière/l'infirmier anticipe-t-elle/il des changements à venir et quels indices permettent de croire que ces changements pourraient survenir?

10. À quoi attribuez-vous la présence ou l'absence de ces changements?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- À l'intervention réalisée (facteurs facilitants ou contraignants)?
- Aux caractéristiques de la personne (facteurs facilitants ou contraignants, la contribution de la personne dans l'atteinte des objectifs)?
- Aux caractéristiques de l'entourage de la personne (facteurs facilitants ou contraignants)?
- À d'autres facteurs?

- 11. Y a-t-il d'autres aspects que nous n'avons pas abordés au sujet de cette situation d'intervention et dont vous aimeriez me faire part?**

Espace réservé pour des questions concernant l'observation faite avec l'infirmière ou l'infirmier et la personne soignée

Je vais maintenant vous poser essentiellement les mêmes questions mais cette fois au sujet des interventions faites auprès de (nommer la personne, laquelle l'autoprise en charge de sa santé présente certaines difficultés)

- 12. J'aimerais que vous m'expliquiez les raisons qui vous ont amené à choisir (nommer la personne) comme une situation dans laquelle l'autoprise en charge de sa santé présente certaines difficultés?**

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Faire préciser sur quoi elle/il se base, critères, éléments, sentiments, etc.

- 13. En dépit du fait que vous avez choisi cette personne parce que l'autoprise en charge de sa santé se présente des difficultés, y a-t-il des aspects qui se déroulent bien?**

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Faire préciser de façon concrète les aspects qui se déroule bien et les raisons qui expliquent pourquoi ça se déroule bien pour elle/lui.

Annexe B

Guide d'entrevue avec les infirmières

14. Pour commencer, j'aimerais que vous me donniez les informations suivantes :

- a) Quelle était la date (ou le mois) de la première visite?
- b) Combien de visites ont eu lieu jusqu'à date avec cette personne?
- c) Avez-vous eu des entretiens téléphoniques en dehors des rencontres?
- d) Quelle était la fréquence des visites (aux semaines, deux semaines, mois)?
- e) Quelle était la durée moyenne d'une visite?

15. Quelle était votre perception de la situation de la personne suite aux premières visites à domicile?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Évaluation de la situation par l'infirmière/infirmier
- Façon dont elle/il interprétait les besoins, les demandes, les problèmes de la personne, tenaient-elle compte des croyances
- Identification des déficits et potentiels
- Perception des conditions de vie de la personne (conditions matérielles d'existence, conditions personnelles d'existence, situation familiale incluant le soutien intra-familial et extra-familial)
- Vérifier si l'évaluation initiale de la situation s'est modifiée suite à la première rencontre?
- Quels sont les facteurs qui ont agit sur ces différences (analyse de la situation, analyse de l'environnement familial, nouvelle information et laquelle, etc.)?
- Quelles étaient ses impressions sur le déroulement éventuel de la situation et sur quoi se base-t-elle/il pour les décrire?

16. Racontez-moi comment se déroule en général une visite chez cette personne?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Début, poursuite et fin d'une rencontre
- Description des données de contexte (présence ou non d'un membre de la famille, personne significative, etc.)
- Mesures prises pour maintenir la continuité des soins (modalités de prise de rendez-vous, qui les initient et pourquoi)
- Facultatif : différences avec ma visite...

Annexe B

Guide d'entrevue avec les infirmières

17. Au cours de vos visites avec la personne, pouvez-vous me nommez et de décrire les interventions qui ont été faites?

Thèmes à explorer sinon abordés spontanément :

- Préciser le type d'interventions qui a été fait (ex : interventions de type instrumental, éducatif/enseignement, mobilisation du soutien, interventions auprès de la famille et autres interventions)
- Qu'est-ce qui l'a amené à favoriser un type d'intervention plutôt qu'un autre?
- Pour chaque type d'interventions, décrire comment elle ou il s'est prise pour mener à bien les interventions (son plan d'action), comment évalue-t-elle/il les résultats, l'efficacité des interventions?
- Réactions de la personne/famille aux interventions faites ou proposées et comment ces réactions ont modelé ou modifié les interventions proposées
- A-t-elle/il eu recours à des ressources/soutien de d'autres collègues ou professionnels de la santé (collaboration interdisciplinaire, etc)?

18. Pouvez-vous me décrire de quelle façon vous avez tenté de favoriser l'autoprise en charge de sa santé avec (nommer la personne)?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Préciser le type d'interventions que vous auriez voulu mettre en place pour la favoriser
- Qu'est-ce qui aurait été déterminant pour réaliser cette autoprise en charge?
- S'était-elle/il fixé des objectifs d'interventions d'autoprise en charge spécifiques?
- Quels auraient été les facteurs qui auraient pu faciliter cette autoprise en charge?

19. Parlez-moi du type de relation que vous avez voulu mettre en place avec cette personne et ce qui vous guidait dans l'établissement de cette relation. Veuillez illustrer à partir d'exemples concrets.

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Qualité de la relation
- Évolution de la relation au cours du suivi (quoi, comment)
- Comment expliquer que cette relation soit ainsi (rôle de l'intervenant, la personne, l'entourage)?
- Facultatif : Y avait-il des aspects à éviter dans cette relation avec la personne?

Annexe B

Guide d'entrevue avec les infirmières

J'aimerais maintenant que vous me parliez des changements que vous avez ou non remarqués chez la personne.

20. Dites-moi en quoi la situation de la personne à changé ou n'a pas changé en regard de la situation qui prévalait au début des visites à domicile.

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Y a-t-il ou non des changements remarqués?
- Nature des changements
 - Dans la situation liée au motifs de la visite (problème de santé)
 - Dans la situation de la personne au plan personnel (actions, valeurs, attitudes)
- Vérifier si l'infirmière/l'infirmier croit que la personne voit des changements, lesquels et à quoi elle les attribue
- Au besoin : les changements sont-ils bénéfiques ou non pour la personne?
- Au besoin : l'infirmière/l'infirmier anticipe-t-elle/il des changements à venir et quels indices permettent de croire que ces changements pourraient survenir?

21. À quoi attribuez-vous la présence ou l'absence de ces changements?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- À l'intervention réalisée (facteurs facilitants ou contraignants)?
- Aux caractéristiques de la personne (facteurs facilitants ou contraignants, la contribution de la personne dans l'atteinte des objectifs)?
- Aux caractéristiques de l'entourage de la personne (facteurs facilitants ou contraignants)?
- À d'autres facteurs?

22. Y a-t-il d'autres aspects que nous n'avons pas abordés au sujet de cette situation d'intervention et que vous aimeriez me faire part?

Espace réservé pour des questions concernant l'observation faite avec l'infirmière ou l'infirmier et la personne soignée

La dernière partie de cette entrevue traite de votre perception de l'autoprise en charge de sa santé de manière générale.

23. De manière générale, comment décririez-vous une personne qui a pris en charge sa santé?

- Faire élucider, au besoin, les termes utilisés dans sa description.

24. Selon vous, quels sont les facteurs qui facilitent l'intervention à l'autoprise en charge de sa santé?

- Est-ce que ce sont principalement des facteurs reliés à la personne soignée, à l'environnement familial, à l'environnement de travail, etc.?
- Lequel (ou lesquels) de ces facteurs est le plus important et pourquoi?

25. Selon vous, quels sont les facteurs qui entravent l'intervention à l'autoprise en charge de santé?

- Est-ce que ce sont principalement des facteurs reliés à la personne soignée, à l'environnement familial, à l'environnement de travail, etc.?
- Lequel (ou lesquels) de ces facteurs est le plus important et pourquoi?

26. Pouvez-vous me décrire quelle place occupe l'intervention qui favorise l'autoprise en charge de sa santé dans votre pratique (ou l'importance que vous lui accordez)?

- Faire ressortir les éléments clés pour elle ou lui,
- Facultatif : Les éléments de définition (au besoin)
- Facultatif : La place qu'occupe l'autoprise en charge de sa santé dans sa pratique.

27. Y a-t-il d'autres aspects que nous n'avons pas abordés au sujet de l'autoprise en charge de sa santé et dont vous aimeriez me faire part?

28. Comment avez-vous trouvé l'expérience de participer à cette entrevue?

- Impression que sa collaboration a été aidante ou non
- Questions gênantes ou non, difficiles à répondre ou non
- Changements suggérés pour améliorer les entrevues

Annexe B

Guide d'entrevue avec les infirmières

Annexe C

Fiches de renseignements sociodémographiques

RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES*
(Infirmière ou infirmier)

Numéro d'identification : _____

1. **Quelle est votre date de naissance?**

_____	_____	_____
Jour	mois	Année

2. **Quel poste occupez-vous au Programme Extra-Mural?**

3. **Depuis combien de temps occupez-vous ce poste?**

4. **Dans quel (s) secteur (s) ou programme (s) travaillez-vous actuellement?**

5. **Antécédents professionnels :** indiquer, en ordre chronologique descendant (du plus récent au plus ancien), les postes que vous avez occupés, le nombre d'années pendant lesquelles vous avez occupé chacun de ces postes, leurs secteurs d'activités et les clientèles rejointes.

Poste occupé	Établissement	Nombre d'années	Secteur d'activités	Clientèles rejointes

*Adapté de St-Cyr Tribble et al. (2003).

Annexe C

Fiches de renseignements sociodémographiques

6. Quelle est votre formation académique?

Titre du ou des diplômes	Année d'obtention

7. Avez-vous suivi d'autres types de formation?☐ non☐ oui, précisez le thème de cette (ces) formation (s)

RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES*

(Clientèle)

Numéro d'identification : _____

Remplir cette section selon les données de l'infirmière ou de l'infirmier

Classification (selon catégories du PEM) _____

Diagnostic principal _____

Diagnostic secondaire _____

Motif de la référence au PEM _____

1. Quelle est votre date de naissance?

Jour	mois	année
------	------	-------

Encercler le numéro qui correspond à votre situation

2. Quel est le plus haut niveau de formation académique que vous avez complété?

- . primaire 1
- . intermédiaire..... 2
- . secondaire 3
- . collégial..... 4
- . universitaire..... 5

3. Quel est votre statut d'emploi ?

- . travail temps plein 1
- . travail temps partiel 2
- . recherche d'emploi 3
- . à la maison..... 4
- . études, temps plein 5
- . études, temps partiel 6

4. Quel est votre métier ou votre profession ?

*Adapté de St-Cyr Tribble et al. (2003) et du profil d'admission du Programme Extra-Mural.

Annexe C

Fiches de renseignements sociodémographiques

5. Avec qui habitez-vous ?

- . seul (e)..... 1
 - . avec mes enfants..... 2
 - . avec mon (ma) conjoint (e) 3
 - . avec mon (ma) conjoint (e) et mes enfants 4
 - . autre :
-

6. Quel était approximativement votre revenu familial l'an dernier, avant les déductions d'impôt ?

0 – 9 999\$	
10 000 – 19 999\$	
20 000 – 29 999\$	
30 000 – 39 999\$	
40 000 – 49 999\$	
50 000 – 59 999\$	
60 000\$ et plus	
Ne sait pas	
Refus de répondre	

7. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ?

- À l'aise financièrement..... 1
- Revenus sont suffisants..... 2
- Pauvres..... 3
- Très pauvres 4

8. Y a-t-il dans votre entourage (vos amis ou votre famille) quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes dans le besoin?

- . oui 1
- . non 2

9. S'il en est ainsi, combien de personnes?

- . Un 1
- . Deux..... 2
- . Trois..... 3
- . Quatre..... 4
- . entre 5 et 9 5
- . 10 et plus 6

Annexe C

Fiches de renseignements sociodémographiques

Annexe D

Extraits de l'instrumentation utilisée auprès du comité d'experts

Moncton, le 6 septembre 2002

**Participation à titre d'experte au Comité d'évaluation du contenu
des outils de recherche dans le cadre de l'étude intitulée
« *L'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé : représentations et interventions des
infirmières et infirmiers du secteur des soins à domicile* »**

Madame,

Lors d'une conversation téléphonique, vous avez accepté de participer à titre d'experte au Comité d'évaluation du contenu d'une grille d'observation et d'un guide d'entrevue requis dans le cadre de la recherche ci-haut mentionnée. Le but de cette étude est d'explorer en profondeur les éléments impliqués dans l'intervention infirmière favorisant l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé dans le contexte des soins à domicile.

Cette recherche fait partie du programme d'études doctorales de Monsieur Pierre Godbout au Programme de sciences cliniques (sciences infirmières), Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, sous la direction de Madame St-Cyr Tribble du Département de sciences infirmières, Université de Sherbrooke.

Peu de recherches ont porté sur les représentations des infirmières et infirmiers sur les interventions menant à l'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé par leur clientèle. Le terme « représentations » désigne ici les savoirs, les normes et les règles partagées par des membres de la discipline infirmière dans le contexte de leur travail en soins à domicile.

Plus précisément, cette recherche vise 1) à décrire les interventions d'habilitation à l'autoprise en charge à partir d'observations dans des situations précises de soins et 2) à décrire les représentations des infirmières et infirmiers de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge. Les résultats contribueront à augmenter les connaissances sur les interventions infirmières qui favorisent l'autoprise en charge de santé. Aussi, la présente recherche s'inscrit dans un effort de consultation d'une profession qui joue un rôle de premier plan dans l'intervention d'habilitation.

Pour mieux saisir la nature de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge, nous avons opté pour une étude de nature qualitative. Ce devis de recherche permet de faire des observations directes de situations réelles de soins et également de recueillir le point de vue détaillé des infirmières et infirmiers sur l'autoprise en charge. Deux instruments de recherche ont alors été conçus pour réaliser cette recherche, une grille d'observation et un guide d'entrevue. Le déroulement prévu de la recherche est que le chercheur accompagnera les infirmières et infirmiers à une visite à domicile chez deux de ses clientes ou clients en utilisant la grille d'observation. Celle-ci ou celui-ci aura

Annexe D

Extraits de l'instrumentation utilisée auprès du comité d'experts

préalablement identifié une cliente ou un client pour lequel l'autoprise en charge de sa santé se déroule relativement bien ainsi qu'une cliente ou un client pour lequel cette autoprise en charge présente certaines difficultés. Suite aux visites, le chercheur fera une entrevue en profondeur avec l'infirmière ou l'infirmier en utilisant le guide d'entrevue.

Votre tâche est de vous prononcer sur les instruments de recherche afin de nous aider à raffiner leur contenu. Ils ont été élaborés en fonction des objectifs de recherches, de la recension des écrits et en s'inspirant de la recherche de St-Cyr Tribble, Paul, Gallagher et Archambault (2001). Cette recherche portait sur les pratiques d'empowerment de première ligne dont certains des objectifs rejoignaient ceux de la présente recherche.

Vous trouverez à l'intérieur de cet envoi les documents suivants : 1) une version préliminaire de la grille d'observation, 2) une version préliminaire du guide d'entrevue, 3) un formulaire d'appréciation pour la grille d'observation, 4) un formulaire d'appréciation du guide d'entrevue et 5) une disquette contenant une version électronique des formulaires. À noter que les directives spécifiques à votre tâche accompagnent les formulaires.

La première étape de votre participation à ce Comité d'évaluation consiste à donner votre appréciation des instruments de recherche. Une analyse de l'ensemble des appréciations des membres du Comité sera ensuite réalisée par l'équipe de recherche.

Tenant compte de votre point de vue et de celui des autres membres du Comité, une version modifiée de ces instruments vous seront envoyés pour une seconde appréciation, s'il est jugé nécessaire. Cette appréciation constituera la deuxième et probablement la dernière étape de votre implication. Nous pensons que votre contribution à cette première appréciation demandera approximativement quatre heures de votre temps.

Nous tenons à vous remercier sincèrement pour votre précieuse collaboration,

Pierre Godbout, inf. M.Sc. (Candidat au Ph.D.), professeur
École de science infirmière
Faculté des sciences de la santé et des services communautaires
Université de Moncton

cc : Denise St-Cyr Tribble, inf. Ph.D.

Annexe D

Extraits de l'instrumentation utilisée auprès du comité d'experts

**DIRECTIVES RELATIVES
À L'APPRÉCIATION DE LA GRILLE
D'OBSERVATION ET DU GUIDE D'ENTREVUE**

1. AVANT-PROPOS

Peu de recherches ont porté sur les représentations des infirmières et infirmiers sur les interventions menant à l'autoprise en charge de leur clientèle. Le terme « représentations » désigne ici les savoirs, les normes et les règles partagées par ce groupe de professionnels de la santé dans le contexte de leur travail. Ce sont ces éléments partagés qui vont générer les représentations que se fait le groupe de l'habilitation à l'autoprise en charge.

Plus précisément, cette recherche s'intéresse à explorer en profondeur les éléments impliqués dans l'intervention infirmière favorisant l'habilitation à l'autoprise en charge dans le contexte des soins à domicile. Elle vise ainsi 1) à décrire les interventions d'habilitation à l'autoprise en charge à partir d'observations dans des situations précises de soin et 2) à décrire les représentations des infirmières et infirmiers de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge. Les résultats contribueront à augmenter les connaissances sur les interventions infirmières qui favorisent l'autoprise en charge. Aussi, la présente recherche s'inscrit dans un effort de consultation d'une profession qui joue un rôle de premier plan dans l'intervention d'habilitation.

Pour mieux saisir la nature de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge, nous avons opté pour une étude de nature qualitative qui permet de faire des observations directes de situations réelles de soins et également de recueillir le point de vue des infirmières et infirmiers sur l'autoprise en charge.

Le chercheur accompagnera alors ces infirmières et infirmiers à une visite à domicile chez deux de ses clients ou clientes. Elle ou lui aura préalablement identifié un client ou une cliente pour lequel l'autoprise en charge de déroule relativement bien. Elle ou il identifiera aussi et un client ou une cliente pour lequel l'autoprise en charge présente certaines difficultés. Suite à ces visites, le chercheur fera une entrevue en profondeur avec cette infirmière ou infirmier. Pour réaliser ce projet, nous avons conçu une grille d'observation pour les visites à domicile ainsi qu'un guide d'entrevue.

La grille d'observation permet au chercheur d'obtenir des données *in situ* durant les visites à domicile. Elle favorise ainsi une connaissance du milieu d'intervention et fournit au chercheur des données ancrées dans une situation réelle. La stratégie employée est dite observation directe non-participante par laquelle le chercheur va consigner, sur une grille pré-établie, ses observations lors de la visite à domicile en plus de faire l'enregistrement

Annexe D

Extraits de l'instrumentation utilisée auprès du comité d'experts

audio des entretiens entre la clientèle et l'infirmière ou l'infirmier. Cette grille doit être suffisamment structuré pour centrer les observations sur les aspects d'intérêts et suffisamment souple pour capter les éléments qui se situent à l'extérieur des catégories et composantes attendues. Une première ébauche de cette grille est incluse dans la présente trousse. Elle a été élaborée en fonction des objectifs de recherche, de la recension des écrits et inspirée des résultats de la recherche de St-Cyr Tribble, Paul, Gallagher et Archambault (2001). Cette recherche portait sur les pratiques d'empowerment en première ligne et certains objectifs étaient similaires à la présente recherche. Vous êtes demandé de vous prononcer sur ce guide pour davantage raffiner son contenu. Elle subira ensuite un pré-test auprès d'une infirmière ou un infirmier lors de visites à domicile. En dernier lieu, la grille ainsi raffinée et adaptée servira aux observations subséquentes.

La présente recherche utilise aussi un guide d'entrevue. Elle a été adaptée de la recherche de St-Cyr Tribble et al. (2001) dans laquelle son contenu a été validé par un groupe d'experts. Plusieurs questions ont cependant été modifiées afin de refléter les objectifs de notre recherche. Vous êtes également demandé de vous prononcer sur ce guide pour raffiner son contenu. Ce guide subira aussi un pré-test auprès d'une infirmière ou d'un infirmier avant de servir aux entrevues subséquentes.

2. RECOMMANDATION AUX EXPERTES ET AUX EXPERTS

La grille d'observation préliminaire

La grille d'observation a un format d'un tableau à trois colonnes. La première colonne est composée de cinq catégories d'interventions en fonction des objectifs de la recherche et inspirées des résultats de la recherche de St-Cyr Tribble et al. (2001). Sous chaque catégorie, se retrouve une liste non-exhaustive de comportements représentatifs de cette catégorie ainsi qu'un espace vide pour noter d'autres comportements pertinents. La deuxième colonne est réservée aux observations du chercheur qui sert à noter brièvement l'action de l'infirmière ou de l'infirmier (ex : touche la personne, prend la tension artérielle, examine la plaie, etc.). La dernière colonne sert à noter la réaction de la clientèle. Un espace est réservé à la fin du tableau pour noter l'implication de l'entourage lorsqu'il y a lieu.

Comme il a déjà été mentionné, la grille d'observation doit être suffisamment structuré pour centrer l'attention du chercheur aux aspects d'intérêts et suffisamment souple pour capter les aspects qui sont hors de ces catégories. Lors des visites à domicile, le chercheur pourra cocher certains comportements qui se manifestent. Il devra aussi noter d'autres comportements pertinents ainsi que les actions entreprises par l'infirmière ou l'infirmier. Il notera aussi les réactions observables de la part de la clientèle. La procédure préconisée pour l'utilisation des observations dans l'analyse des données est que, suite à chaque visite à domicile, le chercheur écoute les entretiens enregistrés et rédige un rapport qui incorpore les observations et les conversations.

Annexe D

Extraits de l'instrumentation utilisée auprès du comité d'experts

La contribution que nous vous demandons est d'examiner les catégories d'observations préliminaires qui ont été dégagées et de vous prononcer sur leur pertinence dans le contexte des soins à domicile.

1. Vous êtes d'abord invité à faire une *première lecture de l'ensemble de la grille* et de souligner des mots pouvant porter à confusion.
2. *Votre appréciation des catégories d'intervention d'appréciation de la grille.* Vous pouvez remarquer que les mêmes consignes s'appliquent à chaque catégorie.
 - ☞ Si vous êtes **complètement d'accord** avec la catégorie (contenu, formulation), vous mettez un crochet vis-à-vis « d'accord »
 - ☞ Si vous n'êtes **pas complètement d'accord** ou **pas du tout d'accord** avec la catégorie, vous mettez un crochet vis-à-vis « pas d'accord »
 - ☞ En choisissant « pas d'accord », vous devez ensuite préciser si la catégorie doit être annulée ou formulée autrement. S'il s'agit d'une **annulation** de la catégorie, donnez vos raisons. S'il s'agit d'une **modification** de la catégorie, proposez une nouvelle formulation avec vos commentaires, s'il y a lieu.
3. *Votre appréciation des comportements associés aux catégories à l'aide du formulaire d'appréciation de la grille.* Vous remarquerez que les mêmes consignes s'appliquent pour chaque groupe de comportements associés à une catégorie.
 - ☞ Si vous êtes **complètement d'accord** avec les comportements associés à une catégorie, vous mettez un crochet vis-à-vis « d'accord »
 - ☞ Si vous n'êtes **pas complètement d'accord** ou **pas du tout d'accord** avec les comportements associés à une catégorie, vous mettez un crochet vis-à-vis « pas d'accord »
 - ☞ En choisissant « pas d'accord », vous devez ensuite préciser les **ajouts**, les **retraits** et les **modifications** que vous suggérez.
4. Vous pouvez répondre directement sur le fichier informatique prévue à cette fin vous écrivez directement sur le formulaire imprimée. Si vous choisissez le formulaire écrit, il n'est pas nécessaire de dactylographier vos commentaires. Utilisez le verso au besoin.
5. À la fin de l'exercice, vous pouvez donner votre appréciation et des suggestions sur l'ensemble de la grille d'observation.

Le guide d'entrevue

Le guide d'entrevue est principalement composé de questions ouvertes. Nous vous prions de noter que ces questions servent de guide à l'interviewer.

Nous émettons l'hypothèse que par ces questions ouvertes, les personnes interrogées aborderont les différents thèmes qui figurent sous chacune de ces questions.

Advenant que ces thèmes ne soient pas abordés spontanément par les personnes interrogées lorsqu'elles répondent aux questions ouvertes, l'interviewer posera alors une question en lien avec ce ou ces thèmes.

De plus, des questions pourront s'ajouter en cours d'entrevue, s'il y a nécessité d'explorer davantage les réponses données par les personnes interrogées.

Vous remarquerez qu'une partie du texte est souligné. Il ne s'agit pas de questions mais de directives pour l'interviewer. Vous n'avez pas à vous prononcer sur ces parties des guides d'entrevue. La procédure d'appréciation du guide d'entrevue est similaire à celle utilisée pour la grille d'observation.

1. Vous êtes d'abord invité à faire une ***première lecture de l'ensemble du guide*** et à souligner les mots susceptibles de porter plusieurs significations ou de n'être pas compris par l'ensemble des personnes interrogées.
2. ***Votre appréciation des questions à l'aide du formulaire d'appréciation des guides.***
Vous pouvez remarquer que les mêmes consignes s'appliquent à chaque question.
 - ↳ Si vous êtes **complètement d'accord** avec la question (contenu, sens, formulation), vous mettez un crochet vis-à-vis « d'accord »
 - ↳ Si vous n'êtes **pas complètement d'accord** ou **pas du tout d'accord** avec la question, vous mettez un crochet vis-à-vis « pas d'accord »
 - ↳ En choisissant « pas d'accord », vous devez ensuite préciser si la question doit être annulée ou formulée autrement. S'il s'agit d'une **annulation** de la question, donnez vos raisons. S'il s'agit d'une **modification** de la question, proposez une nouvelle formulation avec vos commentaires, s'il y a lieu.
3. ***Votre appréciation des thèmes à l'aide du formulaire d'appréciation des guides.***
Vous remarquerez que les mêmes consignes s'appliquent pour chaque groupe de thèmes associés à une question.
 - ↳ Si vous êtes **complètement d'accord** avec les thèmes associés à une question, vous mettez un crochet vis-à-vis « d'accord »

Annexe D

Extraits de l'instrumentation utilisée auprès du comité d'experts

- ↳ Si vous n'êtes **pas complètement d'accord** ou **pas du tout d'accord** avec les thèmes associés à une question, vous mettez un crochet vis-à-vis « pas d'accord »
 - ↳ En choisissant « pas d'accord », vous devez ensuite préciser les **ajouts**, les **retraits** et les **modifications** que vous suggérez.
4. Vous écrivez directement sur le formulaire prévu à cette fin. Il n'est pas nécessaire de dactylographier vos commentaires. Utilisez le verso au besoin.
 5. À la fin de l'exercice, vous pouvez donner votre appréciation et des suggestions sur l'ensemble du guide d'entrevue.
 6. L'ensemble des documents demeure confidentiel.
 7. Deux personnes sont disponibles pour répondre à vos questions au besoin. Il s'agit de Denise St-Cyr Tribble au (819) 564-5358 (courriel dstcyr@courrier.usherb.ca) et de Pierre Godbout au (506) 858-4258 (courriel pgodbout@umoncton.ca).
 8. **La date limite pour recevoir votre appréciation des guides d'entrevue est le X septembre 2002.**
 9. Vous faites parvenir vos fichiers complétés à Pierre Godbout au courriel pgodbout@umoncton.ca ou poster vos formulaires écrits à l'adresse suivante :

Pierre Godbout
École de science infirmière
Faculté des sciences de la santé et des services
communautaires
Université de Moncton
Moncton (N.-B.) E1A 3E9

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration.

GRILLE D'OBSERVATION PRÉLIMINAIRE (pour les visites à domicile)

Catégorie d'interventions 1*

Contribue au lien thérapeutique

- ☐ D'accord avec la formulation de la catégorie
- ☐ Modification de la formulation ou suggestion d'une autre formulation.
Pourquoi?

☐ Autres commentaires :

Comportements associés :

- ☐ S'informe de l'état de santé
- ☐ Écoute les préoccupations
- ☐ Répond aux préoccupations
- ☐ Réconforte
- ☐ Demande des précisions
- ☐ Laisse exprimer les émotions
- ☐ Réagit aux émotions exprimées
- ☐ Laisse exprimer les craintes
- ☐ Réagit aux craintes exprimées
- Autres (décrire brièvement)**
- ☐ D'accord avec la pertinence de ces comportements
- ☐ Pas d'accord avec la pertinence de ces comportements
- ☐ Ajouts de comportements. Pourquoi?

*La catégorisation des interventions ainsi que les comportements associés ont été inspirés et adaptés des résultats de la recherche de St-Cyr Tribble, Paul, Gallagher et Archambault (2001).

Annexe D

Extraits de l'instrumentation utilisée auprès du comité d'experts

☐ Retraits de comportements. Pourquoi?

☐ Modifications à suggérer. Pourquoi?

☐ Autres commentaires

Guide d'entrevue préliminaire*
(s'adressant aux infirmières et infirmiers)

Question 1

Pour débiter, j'aimerais que m'expliquiez les raisons qui vous ont amenées à choisir (nommer la personne) comme une situation dans laquelle l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien?

- ☐ **D'accord avec la question**
☐ **Pas d'accord avec la question**
☐ **Annulation de la question. Pourquoi ?**

☐ **Modification de la question et suggestion d'une nouvelle formulation :**

☐ **Autres commentaires :**

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- **Faire préciser sur quoi elle/il se base, critères, éléments, sentiments, etc.**

- ☐ **D'accord avec ces thèmes**
☐ **Pas d'accord avec ces thèmes**
☐ **Ajouts**

☐ **Retraits**

☐ **Modifications**

☐ **Autres commentaires**

Annexe D

Extraits de l'instrumentation utilisée auprès du comité d'experts

Question 2

En dépit du fait que vous avez choisi cette personne parce que l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien, y a-t-il des aspects qui présentent des défis?

- ☐ **D'accord avec la question**
- ☐ **Pas d'accord avec la question**
- ☐ **Annulation de la question. Pourquoi ?**

☐ **Modification de la question et suggestion d'une nouvelle formulation :**

☐ **Autres commentaires :**

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Ressortir les éléments de comparaison.

- ☐ **D'accord avec ces thèmes**
- ☐ **Pas d'accord avec ces thèmes**
- ☐ **Ajouts**

☐ **Retraits**

☐ **Modifications**

☐ **Autres commentaires**

Annexe D

Extraits de l'instrumentation utilisée auprès du comité d'experts

Annexe E

Formulaires de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
Pour les infirmières et infirmiers participant à l'étude intitulée

L'habilitation à l'autoprise en charge de santé: représentations et interventions des infirmières et infirmiers du secteur des soins à domicile

Madame, Monsieur,

Cette recherche assume comme postulat de départ que vous possédez un savoir pratique en ce qui a trait aux interventions infirmières pour favoriser l'autoprise en charge de sa santé par votre clientèle des soins à domicile. Il est important de vous consulter pour connaître votre point de vue, vos opinions et votre vécu sur cette question. Cette recherche représente un premier pas pour améliorer les connaissances sur l'autoprise en charge et par ce fait, un moyen de documenter l'intervention infirmière dans un domaine peu recherché jusqu'à ce jour. Vous avez jusqu'à maintenant assisté à une rencontre de groupe où ont été présentés le but et les étapes de la recherche que veut réaliser Pierre Godbout, dans le cadre de son projet de doctorat au Programme de sciences cliniques de la Faculté de médecine (option sciences infirmières) de l'Université de Sherbrooke. La recherche est encadrée par Madame Denise St-Cyr Tribble, inf., Ph.D. Le présent document reprend par écrit les informations fournies à cette rencontre et sollicite votre consentement pour participer à cette recherche.

Implication demandée

Votre participation à cette recherche comportera cinq étapes :

1. Choisir deux cas de soins parmi votre clientèle. Un cas pour lequel vous considérez que l'autoprise en charge se déroule relativement bien et un autre cas pour le lequel l'autoprise en charge présente certaines difficultés. Les critères qui s'appliquent au choix de ces personnes sont :
 - être âgé de 18 ans ou plus;
 - être suivi par vous à domicile ou dans une maison d'hébergement sans services infirmiers
 - le suivi doit se faire pour une période d'au moins cinq visites
 - la personne doit nécessiter des interventions d'enseignement, de soutien ou autres en plus de recevoir des soins infirmiers techniques
 Ne sont pas admissibles :
 - les personnes qui résident dans un endroit qui offre des services de soins infirmiers (centre d'hébergement, foyers de soins ou autres)
 - les personnes en phase terminale
2. Solliciter l'accord de ces personnes à la divulgation des renseignements personnels. À une prochaine visite chez ces personnes, nous vous demandons de leur expliquer brièvement la recherche avec une feuille fournie par le chercheur et leur faire signer

Annexe E

Formulaires de consentement

le formulaire de divulgation de renseignements personnels (nom et numéro de téléphone). Remettre ces formulaires à votre coordinatrice de soins. Le chercheur communique avec ces personnes pour leur expliquer la recherche et obtenir leur consentement.

3. Coordonner avec le chercheur vos prochaines visites au domicile des personnes choisies.
4. Accepter que le chercheur vous accompagne lors de vos prochaines visites chez ces personnes. Celui-ci procédera alors à l'observation de vos rencontres et enregistrera sur cassette audio l'entretien que vous aurez avec ces personnes.
5. Participer à une entrevue avec le chercheur. D'une durée d'environ une heure, cette entrevue sera réalisée pas plus tard que deux semaines après les visites à domicile, au moment et à l'endroit qui vous conviennent. Cette entrevue portera sur vos perceptions de l'intervention qui favorisent l'habilitation à l'autoprise en charge. Elle portera entre autres sur la situation des clients qui ont été sélectionnés par vous ainsi que sur vos perceptions de l'autoprise en charge de manière générale. Cette entrevue sera également enregistrée sur cassette audio.

Engagement du chercheur et de ses directrices de recherche

Soyez assuré que tous les renseignements au sujet de l'intervention et de l'entretien auprès des personnes soignées seront traités de manière confidentielle, ainsi que le contenu de vos entrevues avec le chercheur. Il va de soi que l'anonymat sera respecté dans toute utilisation des données. Seuls le chercheur et sa directrice de recherche auront accès aux données. Soyez également assuré que les observations qui ont été faites par le chercheur ainsi que les renseignements que vous nous fournissez par entrevue servent uniquement aux fins de l'étude en cours. De plus, ces renseignements ne seront d'aucune manière transmis aux personnes soignées, ni à votre employeur. Nous nous engageons à conserver tous les documents sous clé à l'École de science infirmière de l'Université de Moncton. Toutes les données sont confidentielles et seront détruites au plus tard cinq ans après la fin de l'étude. Les résultats de cette recherche feront éventuellement l'objet de présentations dans des congrès et de publications écrites. Toutefois, l'anonymat de vos propos sera assuré, c'est-à-dire qu'en aucun temps on ne pourra dire que vous et votre clientèle avez participé à cette recherche. De plus, votre nom ne sera inscrit sur aucun document relié à la recherche.

Annexe E

Formulaires de consentement

Avantages de participer à cette étude

Votre participation à cette étude peut comporter certains avantages. Parmi ceux-ci, soulignons la possibilité de faire le point sur vos interventions dans le Programme Extra-Mural. Cette occasion pourrait également présenter un temps de réflexion sur votre pratique et un moyen pour vous de nous faire part de votre point de vue, vos opinions et vos idées sur le sujet. Il est à espérer que cette recherche contribue au développement d'outils de formation et d'évaluation de l'intervention d'habilitation à l'autoprise en charge. De plus, il est à espérer que cette recherche va permettre la réalisation d'autres recherches en collaboration avec les milieux cliniques comme le vôtre.

Inconvénients à participer à l'étude

Il est très important de vous informer que vous n'êtes pas comme tel objet d'évaluation à l'intérieur de cette étude. Cependant, le fait que le chercheur fasse une observation de votre intervention et enregistre votre entretien avec la clientèle pourrait s'avérer menaçant à l'occasion, voire même intrusif. Soyez assuré que des mesures peuvent être prises pour minimiser les effets de la présence du chercheur. Tout d'abord, si vous ressentez, lors d'une visite à domicile, que sa présence nuit à l'intervention ou à l'entretien que vous voulez faire avec la clientèle, vous (ainsi que votre cliente ou client), pouvez demander qu'il se retire et mettre fin à l'enregistrement de votre entretien. Ensuite, après une visite à domicile avec le chercheur, si vous ressentez que vous n'êtes pas intervenus adéquatement ou que vous seriez intervenus différemment, il sera possible d'en faire une mise au point avec le chercheur soit immédiatement après cette visite ou durant l'entrevue que vous allez réaliser plus tard avec celui-ci. Nous sommes conscients que l'observation de deux rencontres avec votre clientèle ne représente qu'une vision très partielle de la totalité de l'intervention que vous faites avec celle-ci. C'est pourquoi nous avons prévu des entrevues pour que vous puissiez en discuter davantage.

Nous tenons à vous informer que votre participation s'effectuera sur une base volontaire et qu'en tout temps, vous pouvez vous retirer de cette étude en avisant le chercheur et ce, sans préjudice d'aucune sorte. Si vous désirez obtenir de l'information concernant vos droits en tant que sujet de recherche, vous pouvez rejoindre une personne membre du Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke au numéro (819) 346-1110, poste 12856. Ce comité est chargé d'évaluer les aspects scientifiques et éthiques des projets de recherche du CHUS et de la Faculté de médecine.

En tout temps vous pouvez contacter Monsieur Pierre Godbout, étudiant au doctorat, au 506-858-4258. Si vous le désirez, vous pouvez aussi contacter l'une des directrices de recherche de Monsieur Godbout, Docteure Denise St-Cyr Tribble, au Département des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke au numéro (819) 564-5358. Vous pouvez également discuter de votre participation à cette étude avec une personne qui n'est aucunement reliée à l'étude et qui peut répondre à vos questions en tant que

Annexe E

Formulaires de consentement

participante(e). Dans ce cas, vous pouvez vous adresser au Comité d'éthique de la recherche de la Régie régionale de la santé Beauséjour au numéro (506) 862-4220.

Denise St-Cyr Tribble, inf. Ph.D.
Directrice de recherche

Pierre Godbout, inf. M.Sc.
Étudiant au doctorat, Programme de sciences cliniques (option sciences infirmières),
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Je _____ reconnais avoir été informé(e) de façon satisfaisante sur la nature de ma participation à ce projet de recherche. J'accepte la présence du chercheur aux visites à domicile et que les entretiens avec les personnes soignées que j'ai choisies soient enregistrés, à condition, bien sûr, que celles-ci aient aussi acceptés. Je m'attends à ce que l'anonymat et la confidentialité à mon égard et à l'égard des personnes soignées soient respectés. Il est entendu que je peux me retirer en tout temps de cette recherche en avisant le chercheur et ce, sans conséquence ou préjudice.

Signature de l'infirmière ou de l'infirmier

Date

Signature du chercheur

Date

Annexe E

Formulaires de consentement

**PERMISSION ACCORDÉE À L'INFIRMIÈRE OU À L'INFIRMIER
de transmettre votre nom et numéro de téléphone au chercheur**

***L'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé: représentations et interventions des
infirmières et infirmiers du secteur des soins à domicile***

Madame, Monsieur,

Mon nom est Pierre Godbout. Je suis un infirmier et étudiant au doctorat du Programme de sciences cliniques de la Faculté de médecine (option sciences infirmières) de l'Université de Sherbrooke. J'effectue présentement une recherche afin de mieux comprendre comment les interventions des infirmières et des infirmiers peuvent vous aider à prendre en charge votre santé et je serais intéressé à vous rencontrer à ce sujet.

Je vous demande par la présente de permettre à votre infirmière ou infirmier de me transmettre votre nom et votre numéro de téléphone pour que je puisse communiquer avec vous. Je vous expliquerai plus en détails la recherche que je veux faire. Si vous êtes intéressé d'y participer, je vous inviterai alors à signer un deuxième formulaire de consentement. Sachez que toutes les informations qui me seront données par l'infirmière ou l'infirmier seront traitées de façon confidentielle.

En tout temps, vous pouvez me contacter au numéro 506-858-4258. Vous pouvez aussi contacter directement l'une de mes directrices de recherche, Docteure Denise St-Cyr Tribble, au Département des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke au numéro (819) 564-5358.

Pierre Godbout.

Étudiant au doctorat du Programme de sciences cliniques de la Faculté de médecine,
Université de Sherbrooke

Denise St-Cyr Tribble, inf. Ph.D.
Directrice de recherche

Annexe E

Formulaires de consentement

Je _____ accepte que _____
(nom de l'infirmière ou de l'infirmier) transmettre mon nom et numéro de téléphone à Monsieur Pierre Godbout en vue d'une possible participation à sa recherche sur les interventions qui favorisent la prise en charge de ma santé. Je comprends qu'il communiquera avec moi et m'expliquera le projet. Ce n'est qu'après que j'aurai compris en quoi consistera ma participation à l'étude, que je prendrai la décision de participer.

Advenant que je refuse, aucun préjudice ne me sera porté et cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins que je reçois.

Signature de la participante ou du participant

Date

Signature de l'infirmière ou de l'infirmier

Date

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
Pour la clientèle participant à l'étude intitulée

L'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé: représentations et interventions des infirmières et infirmiers du secteur des soins à domicile

Madame, Monsieur

Par la présente, nous vous invitons à participer à la recherche mentionnée ci-dessus. Cette étude vise à connaître comment les infirmières et les infirmiers du Programme Extra-Mural peuvent vous aider dans l'autoprise en charge de votre santé. Nous constatons que les infirmières font un travail important auprès des gens comme vous qui ont besoin de soins. Nous croyons qu'il est important de les consulter et connaître leurs points de vue sur comment ils se prennent pour faire leur travail. La recherche est réalisée par Pierre Godbout, infirmier et étudiant au doctorat du Programme de sciences cliniques de la Faculté de médecine (option sciences infirmières) de l'Université de Sherbrooke. Celui-ci est supervisé par Docteure Denise St-Cyr Tribble, inf., Ph.D. du Département des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

Comment ai-je été choisi pour faire partie de cette étude?

Pour réaliser cette recherche, nous avons demandé aux infirmières et infirmiers du Programme Extra-Mural de choisir, parmi les personnes qu'ils soignent, des situations comme la vôtre qui démontrent bien leur travail pour favoriser l'autoprise en charge. C'est pourquoi votre infirmière ou infirmier, avec votre autorisation, a envoyé vos coordonnées (nom et numéro de téléphone) au chercheur.

Quelle est l'implication demandée de ma part?

La participation à cette étude demande que vous acceptiez la présence du chercheur (Pierre Godbout) avec votre infirmière ou infirmier lors d'une prochaine visite à la maison. Celui-ci sera là uniquement pour observer. Votre participation exige aussi que vous acceptiez que le chercheur enregistre la conversation entre vous et votre infirmière ou infirmier lors de cette visite, ceci afin de faciliter son travail d'observation. Soyez assuré que le chercheur ne participera pas aux soins comme tel. D'ailleurs, si vous constatez que sa présence nuit à l'entretien que vous avez avec votre infirmière ou infirmier ou si vous ne voulez pas qu'il soit présent pour certains soins, vous pouvez lui demander de se retirer et d'arrêter l'enregistrement.

Suis-je assuré que les renseignements personnels sont protégés?

Soyez assuré que tous les renseignements à votre sujet seront traités de manière confidentielle. Seuls le chercheur et sa directrice de recherche auront accès aux données

Annexe E

Formulaires de consentement

recueillies. Les documents seront gardés dans un endroit sous clé, à l'École de science infirmière de l'Université de Moncton et seront détruites au plus tard cinq ans après la fin de l'étude. De plus, les renseignements qui vous concernent servent strictement à l'étude en cours. En aucun temps, il sera possible de vous identifier lorsque les résultats de cette recherche seront communiqués et publiés.

Y a-t-il des avantages à participer à cette étude et pourquoi y participer?

Le fait de participer à cette étude nous aidera à mieux connaître comment se fait le travail des infirmières et infirmiers auprès des personnes comme vous qui recevez des soins à domicile. Outre le fait de participer à cette recherche, vous n'en retirerez pas nécessairement de bénéfices immédiats. Cependant, une recherche comme celle-ci est pour nous un moyen de contribuer au développement des connaissances sur l'intervention infirmière qui favorise l'autoprise en charge. Éventuellement, nous espérons que ces connaissances contribuent, à leur tour, à assurer que les soins que vous recevez répondent le mieux possible à vos besoins.

Y a-t-il des inconvénients à participer à cette étude?

Il se peut que le fait que le chercheur soit présent lors de la visite avec votre infirmière ou de votre infirmier interfère avec l'entretien que vous deviez avoir avec elle ou lui. Aussi, le fait que vos conversations soient enregistrées peut être gênant et peut vous empêcher de discuter avec l'infirmière ou l'infirmier. Si tel est le cas, vous êtes en droit de demander que le chercheur se retire et mette fin à l'enregistrement à tout moment et ce, sans conséquence pour vous et les soins que vous recevrez du Programme Extra-Mural.

D'ailleurs, nous tenons à vous informer que votre participation s'effectuera sur une base volontaire et qu'en tout temps, vous pouvez vous retirer de cette étude et ce, sans préjudice d'aucune sorte. Si vous désirez obtenir de l'information concernant vos droits en tant que sujet de recherche, vous pouvez rejoindre une personne membre du Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke au numéro (819) 346-1110, poste 12856. Ce comité est chargé d'évaluer les aspects scientifiques et éthiques des projets de recherche du CHUS et de la Faculté de médecine.

En tout temps vous pouvez contacter Monsieur Pierre Godbout, étudiant au doctorat, au (506) 858-4258. Si vous le désirez, vous pouvez aussi contacter la directrice de recherche de Monsieur Godbout, Docteure Denise St-Cyr Tribble, au Département des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke au numéro (819) 564-5358. Vous pouvez également discuter de votre participation à cette étude avec une personne qui n'est aucunement reliée à l'étude et qui peut répondre à vos questions en tant que participante ou participant. Dans ce cas, vous pouvez vous adresser au Comité d'éthique de la recherche de la Régie régionale de la santé Beauséjour au numéro (506) 862-4220.

Annexe E

Formulaires de consentement

Denise St-Cyr Tribble, inf. Ph.D.
Directrice de recherche

Pierre Godbout, inf. M.Sc.
Étudiant au doctorat, Programme de sciences cliniques (options sciences infirmières),
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Je _____ confirme avoir pris connaissance du projet de recherche décrit dans les pages précédentes. Je reconnais avoir été informé de façon satisfaisante sur la nature de ma participation. De ce fait, je comprends bien le but de la recherche ainsi que les avantages et les inconvénients qui s'y rattachent. Je sais que l'anonymat et la confidentialité seront respectés. Enfin, je comprends que je peux me retirer de la recherche en tout temps, sans conséquence ou préjudice.

Signature de la participante ou du participant

Date

Signature du chercheur

Date

Annexe E

Formulaires de consentement

Annexe F

Extraits illustrant des interventions observées lors des visites à domicile

Interventions observées dans la catégorie « Contribue au lien thérapeutique »

Écoute les préoccupations

- « **Client/e** : Je n'ai pas le courage que j'avais à un temps. Ça me décourage. **Infirmière** : Est-ce que c'est votre jambe qui vous décourage comme ça où ça fait longtemps? **C** : Ni l'un, ni l'autre ». (VD05D)
- « **C** : Puis hier, j'ai été malade. J'ai saigné du nez [...] et tout d'un coup, ça m'a pris dans la gorge, j'ai assez vomis. Ça m'avait fait cela la semaine dernière aussi, après que tu m'avais donné ma piqûre. **I** : Parce que, ça, habituellement, le B-12, ça n'a pas d'effets comme cela. **C** : Peut être que c'était quelque chose que j'avais mangé ». (VD07B)

Initie une conversation hors-sujet

- « **I** : Puis avez-vous hâte à Noël? **C** : Ah, Noël, je me casse pas la tête. **I** : Vous vous cassez pas la tête. Ah ben, au moins... **C** : C'est comme une autre journée. **I** : Comme une autre journée, mais là, là, vous pourriez vous permettre une petite traite peut-être ben. **C** : Ça c'est seulement bon pour le monde des riches. (Rires) ». (VD04D)
- « **C** : La dialyse hier soir, ils ne sont pas à blâmer, ils sont tous seuls. L'autre à côté, ça que l'autre à côté va faire, quand quelque chose arrive, tu perds ton infirmière. Surtout le soir, il n'y a pas grand monde. Ça prendrait plus de personnel. **I** : Ça agrandit. Ils sont rendus qu'ils ont trois départements ». (VD06D)

Sécurise la personne

- « **I** : Quand il va commencer à guérir comme il faut, là, il y a plus de tissus jaunes, ça va aller plus vite que ça été tous ces mois ici. **C** : Ça ira plus vite? **I** : Ah oui. **C** : Je l'espère ». (VD03B)
- « **I** : Okay. Mais ce qui est beau, là, avant le souper – garde – 14.9 [glycémie]. Ça c'est beau. **C** : Puis le matin ça dépasse 20... **I** : Ben garde, 16.7, quand même pas pire. **C** : À matin, je me suis trouvé surpris ». (VD02D)

Utilise de l'humour

- « **C** : Il va tout m'expliquer pour le chemo [chimiothérapie] puis ça, puis ça me mets nerveux un peu, mais il faut que j'y ailles. **I** : C'est curieux. Je ne peux pas croire que ça vous mets nerveux. (rire). **C** : Tu sais que je suis nerveux d'avance (rire) ». (VD01B)
- « **I** : Ça serait bon que vous marchiez, là. **C** : J'ai pas de souffle. **I** : Oui, c'est ça. Mais pas courir, par exemple. (rires) Marcher. Pas faire la course. **C** : Courir, c'est plus dans moi. (rire) ». (VD04D)

S'informe de l'état de santé

- « **I** : Tu sens pas comme quoi ton sucre est haut? T'as pas mal à la tête? **C** : Non. **I** : Est-ce que tu te sens plus fatigué? Non, mais c'est, je m'ai couché, il était 9 heures moins quart hier, puis ça m'a pris du temps à dormir. **I** : Oui. Puis as-tu plus soif? Tu urines-tu encore autant? **C** : Non. Non, ça tout droppé [arrêté]. Je bois de l'eau de même, peut-être trois de même, trois ou quatre par jour de même ». (VD01D)
- « **I** : As-tu frissonné ou fait de la température hier soir? **C** : Hier soir, oui. **I** : Combien? Où l'as-tu prise? **C** : La température, non je l'ai pas pris. Ah, c'était comme 36,4 ». (VD05B)

Annexe F

Extraits illustrant des interventions observées lors des visites à domicile

Interventions observées dans la catégorie « Contribue au lien thérapeutique » (suite)

Renforce les initiatives prises par la personne

- « I : Ça fait là, vos résultats de sucre, c'est mieux, là, hein? C : Oui, ça faisait mieux ces jours ici. Je sais pas si ça va continuer. Je n'ai pas si peur à me donner une piqûre. I : Non? Ben, vous êtes pas mal vaillante. C'est pas toutes les femmes qui apprennent vite comme vous. Puis il y en a qui sont ben plus jeunes que vous, là ». (VD04B)
- « I : Est-ce que ça marche [intestin] à tous les jours? C : Des fois deux fois par jour. I : Ah, ok. Excellent! Ça fait que je trouve ça bien avec tout ce que est naturel là, jus de prunes, All Bran... C : Oui, céréales... » (VD02B)

Demande des précisions

- « I : Tu as plus de mal? C : Oui. I : Ah, vraiment. C : Oui, plus de mal. I : Où ça? C : Pour travailler c'est mal aisé, travailler avec le mal. I : Où est-ce que tu as mal le plus? C : Dans le dos ». (VD03D)
- « I : As-tu vu une différence dans ton poids déjà? C : Ah oui. I : Combien as-tu perdu? C : Ben là je suis rendu, si je calcule à 200, 260, ça fait que j'ai perdu 22 livres. I : Ah, oui? C : Depuis le temps que j'ai arrêté de travailler. I : Ok, bon... C : Pi j'ai calculé que je suis avec vous autres, quand j'ai vu le docteur, j'ai perdu 17 livres. I : Depuis qu'on te connaît? C : Oui. I : Sept livres? C : Dix-sept. I : Dix-sept, Hmm... C : Depuis que j'ai été voir le docteur ». (VD01D)

S'informe/réagit aux paramètres anormaux

- « I : C'est ça, là il est 14 – 14.1. Là il est 18. Est-ce que vous avez mangé quelque chose de différent à matin? C : À matin, j'au juste mangé un petit plat de Corn Flakes, puis j'ai mis une demie banane. I : Oui, C : Avec ça. C'est tout ce que j'ai mangé. I : Puis avez-vous pris un petit lunch après ça? Est-ce que vous déjeuner de bonne heure? C : Je déjeune – ben là, j'avais pas – non, non, j'ai pas mangé encore ». (VD04B)

Explique l'intervention

- « I : Bien c'est pas mal petit ça là [observe incision]. C : C'est pas mal petit, hein! Ça s'en vient, c'est beau. I : Parce que moi, en fin de semaine, il me semble que j'ai mis... C : Tu en avais mis plus long que ça, je crois. I : Oui, j'avais mis comme six pouces, puis là il y en a plus que quatre pouces [paquetage] ». (VD01B)

Laisse exprimer les craintes

- « C : Là, si ils trouvaient quelque chose il faudrait que je sois opéré et ça c'est une autre grosse opération. Pis, ils ne sont même pas sûr de faire quelque chose de bien. Ils te mettent des veines de plastiques, j'en ai entendu parler. J'irais à l'hôpital pour une opération, j'y serai pour quatre, cinq mois [...]Garde ben, il faut qu'ils t'endorment. C'est dur sur une personne ça » (VD05D).

Écoute les préoccupations de l'entourage

- « I : Ça s'en viens mieux. Comment – oui, vas-y. Fille de C : Ben, j'avais trouvé un autre – un autre mal [gerçure] qui sortait là. Épouse de C : Ça arrête pis ça reprend... I : Ah, oui. Oui, s'arrête puis ça reprend, là, hein? Épouse de C : Oui » (VD04D).

Annexe F

Extraits illustrant des interventions observées lors des visites à domicile

Interventions observées dans la catégorie « Travaile à partir du point de vue et des forces de la personne »

Vérifie la satisfaction des besoins

- « I : L'appétit est pas encore tellement bon, là? C : Non. I : Est-ce qu'il faut que vous vous forciez pour manger? C : Oui, des fois. Des fois j'ai pas une grosse faim, puis j'aimerais mieux m'en passer. I : Mais vous mangez pareil? C : Ah, oui. Ça fait un gros change, hein? J'étais rendue que je mangeais trop de douceurs puis de quoi de même. I : Trouvez-vous ça difficile de pas en manger? C : C'est difficile assez. J'avais été au magasin – j'ai pensé je vais passer avant Noël pour acheter toutes sortes d'affaires pour avoir chance à faire ce que j'aurais voulu faire. J'ai pensé je ne pourrai pas toucher rien (Rires) ». (VD04B)
- « I : Puis les intestins, comment ça marche ça? C : Ah, c'est A-1 ça. J'ai pas été hier, mais tu m'as dit énerve-toi pas de ça. Tu m'avais bien averti. Énerve-toi pas de ça. Quand même que c'est une journée, deux jours. Elle dit quand ça viendra quatrième, tu peux mettre un suppositoire. I : Oui. Ben ça, comme j'avais dit, tout le monde est pas pareil. Ça dépend comment vous vous sentez. C : Puis hier, je me sentais bien. Tu sais, j'ai pas été. I : Ok. C : Puis à matin – j'ai pris mes deux pilules hier soir, là, tu sais, pour les *softener*, puis à matin j'ai été comme il faut, pas de problème en tout. Vois-tu, ça faisait seulement une journée que j'ai manqué. I : Ok ». (VD01B)

Vérifie le suivi médical

- « I : So le médecin était satisfait que ç'avait baissé un petit peu? [glycémie] C : Oui. Il dit que ça baissé beaucoup. Avant – ben 20, 24, il dit... I : 11.8. Okay. 11.4. Puis là il va te laisser jusqu'au, quelle date tu m'as dit là? C : Le 3 décembre. Il dit après ça on va voir si ça descendu encore un petit peu, on va espérer, parce que moi je ne voulais pas prendre de pilules ni rien. I : Tu lui as dit ça, là? C : Oui ». (VD01D)
- « I : Puis elle [médecin] vous en a donné combien de boîtes? Avez-vous une prescription avec ça en plus? C : Oui, puis je pense qu'on en a jusqu'à temps qu'on va la revoir. I : Ok. C'est quand est-ce que vous allez la voir? C : Me semble que c'est au début de janvier. I : C'est parce qu'il faut que je fasse les prises de sang tôt en janvier là ». (VD02B)

S'informe des préférences pour les soins

- « I : J'ai de la misère à l'enlever [pansement]. Vous me dites si je... C : J'en mets juste deux. I : Juste ça? Ben là, est-ce que vous le voulez comme ça? C : Oui. I : Ok, Puis lui là, pour en arrière, est-ce que je l'enlève ou je laisse comme ça? C : Tu le laisses comme ça, mais mets de l'eau dessus. I : De l'Eau sur lui? C : Oui. I : Là j'ai mis de l'eau sur lui. C : Ok ». (VD02B)

Vérifie le confort avec les soins prodigués

- « I : Est-ce que ça chauffe encore [site du pansement]? C : Non. I : Vraiment? C : Oui. Ça ne démange plus sur le côté comme avant non plus. Vas-tu continuer avec la dernière affaire que t'as fait? I : Oui, je vais le faire pareil. C : Je crois que ça venait trop chaud ». (VD06B)

Demande son opinion

- « I : Si ça encore coulé beaucoup comme ça, il faudrait que je vienne le matin parce que ton pansement à l'heure qu'il est, ton pansement est trop trempé. Est-ce que je peux venir demain matin au lieu de l'heure du midi parce que c'est trop sal. C'est soit que je vienne demain matin ou qu'il faudrait qu'on vienne deux fois par jour pour la cuisse. Je pense que ça serait mieux que je vienne plus tôt, voir, parce que ce n'est pas bon que ça reste trempé. Tu comprends? C : Non. I : Est-ce que je pourrais venir vers dix heures demain? C : Deux fois par jour, c'est fatigant ». (VD05D)

Annexe F

Extraits illustrant des interventions observées lors des visites à domicile

Interventions observées dans la catégorie « Travaille à partir du point de vue et des forces de la personne » (suite)

Invite à s'exprimer sur son état/problème

- « C : Lorsque j'avais fait mes gros maux sur mon ventre, on ne le débridait pas. Ils essaient de mettre la médecine a rentrer donc, une fois que tu le fais, il faut que tu l'enlèves et ça virer vert. Mon ventre était vert. I : Ce qui est arrivé c'est que lorsqu'elle était à Saint-Jean, est-ce que tu lui a raconté cela? Tu te piquais pour ton insuline dans l'abdomen, parce qu'elle a fait une cellulite. C : Puis, ils me donnaient une piqûre pour l'eau. Ils appellent ça..., ils me donnaient cela pour garder le sang mince. J'avais eu une opération. I : Est-ce que c'était du coumadin ou de l'héparine? C : Il me semble que c'était quelque chose comme ça. En tout cas, il me le donnait dans le ventre et ça avait donné que j'avais perdu 70 livres. Ils ont été sous le ventre et ils ont tout infecté. [...] il parlait de faire l'opération, il ne voulait pas la faire non plus. Ils disaient, son ventre est tout vert, elle va mourir de toute façon. Donc ils ont dit, il faut faire quelque chose ». (VD08B)

S'informe auprès de l'entourage

- « I : (s'adresse à la conjointe de C) As-tu eu besoin de le changer [pansement]? Conjointe de C : Non. I : Cette semaine, là? Conjointe de C : C'est tout ce que j'ai fait, j'ai mis un petit brin de « *tape* » [diachylon]. I : Ah, ok, ça collait moins bien. Conjointe de C : Des fois ça colle, des fois on dirait que la colle veut décoller là. On a juste mis notre « *tape* » clair par-dessus, ça paraît pas ». (VD03D)

Vérifie la surveillance des paramètres physiologiques identifiés par la personne

- « I : As-tu ton petit cahier [pour inscription des glycémies], là, puis tes affaires? J'aimerais voir qu'est-ce que, parce que je veux le marquer dans le dossier. C : J'étais rendu au 29. I : Ah, tu les marques pas tout le temps. Tu le gardes dans ta mémoire. Ok. C : C'est que je mets là puis j'en fais peut-être deux ou trois jours. I : Ok, pis t'en mets plus d'information aussi là parce que... C : On est le 31 aujourd'hui? I : Oui. C : Ça c'est à minuit hier soir, ça. Ah, le 30, ça c'est le soir 12 ». (VD01D)

S'informe du processus de guérison tel que perçu par la personne

- « C : Moi je trouve que ça fait du bien [onguent antibactérien]. Ça élargit là, parce que c'était plus petit avant. I : O1 ça? C : Où l'ulcère est. I : Pas depuis que moi je viens. C : Non, la plaie était plus petite puis là, ça veut guérir je crois. Avant, c'était plus creux ». (VD06B)

Exprime sa disponibilité

- « I : Puis après les fêtes, la semaine après le jour de l'An, je reviendrai. Mais s'il y a des changes avant, par exemple, c'est que – si que l'enflure aux pieds augmente ou qu'il a vraiment de la difficulté avec ça. Fille de C : Le souffle où... I : S'il crache vert ou des choses comme ça, là. S'il fait de la température, qu'il a du mal, téléphone-moi. Puis si tu téléphone, essaie de téléphoner le matin, là, parce que je laisse le bureau des fois, là, vers quart de 9, 9h. So si tu peux m'appeler, là, entre 8h puis – Fille de C : 8h, 8h30 ». (VD04D)

S'informe des comportements à risque

- « I : Qu'est-ce que t'as fait, point de vue de la cigarette? C : (Rires) J'en prends bien trop. I : Qu'est-ce que tu dis? Excuse-moi? C : J'ai dit c'est encore la même chose. I : Encore la même chose? C : Ben, je fume pas aussi tant pareil, mais la moitié d'une boîte de cigarette. Pour commencer j'en fumais trois, là, si j'ai le truck. I : Trois paquets? C : Oui. Sur le truck, on fumait beaucoup ». (VD01D)

Annexe F

Extraits illustrant des interventions observées lors des visites à domicile

Interventions observées dans la catégorie « Facilite l'apprentissage »

Fait de l'enseignement sur...

- **Surveillance des paramètres physiologiques (glycémie)**
« I : Aujourd'hui on est le 6, mais faites-le peut-être avant le coucher [inscription dans le cahier de glycémie]. C : Ok. I : Ok, puis demain, faites-le avant le dîner. C : Ok. I : Puis dimanche, faites-le avant le souper. C : Ok. I : Ok, puis mettez-le pour que je comprenne, ok. C : Comment est-ce que tu ne comprends pas? I : Ben, c'est comme là ce soir, là... C : Ça, là, ça se trouve la date... I : Ok, ben mettez la date ici. C : Ah, ok. I : Parce que là, ça serait comme le test du midi qui serait ici. C : Ah, ok. I : Puis on met ça ici. C : Oui, oui, oui, je vois ». (VD02B)
- **Symptômes du diabète**
« I : Oui. Parce que quand votre diabète n'est pas contrôlé, là, les bactéries, là, ils aiment ça du sucre aussi, autant comme vous, là. Puis quand vous avez pas une bonne circulation dans les jambes, comme ça là, puis vous faites du diabète par-dessus le marché, là, ça c'est dangereux si vous faites pas soin, si vous ne prenez pas soin à ça. Je crois que vous avez compris ça la dernière fois, là, hein? C : Oui, oui. I : Oui. Parce que vous aimez ça d'être à la maison ici, hein? Ça serait – ça serait pas le fun s'il fallait qu'il vous couperait les jambes ou si fallait que vous fassiez une attaque de coeur puis là, que vous ne pourriez plus marcher. Hein? Puis si qu'on prend garde à votre diabète, c'est pour tout éviter ces affaires-là. On va commencer la nouvelle année sur le bon pied comme ça. Puis là, vous en mangez plus pas en toute, là. Bien, moi je vous félicite, mon doux. Fille de C : Il a été sur des « cookie » diète, là ». (VD04D)
- **Techniques de soins**
« I : C'est que lorsqu'un tissu est sec, ça fait mal. Ceci c'est le fun, il y a juste assez d'absorption, tu sais, pour garder l'incision...on dirait que ça leur donne une petite sécurité. Parce que tu es diabétique, j'aime mieux les mettre. C'est le fun parce que c'est vraiment stérile. Puis, l'eau, c'est comme l'humidité, ça ne rentre pas tout le temps. C : C'est le fun parce que c'est vraiment stérile. Puis, l'eau, c'est comme l'humidité, ça ne rentre pas tout le temps. I : : Moi je trouve que c'est plus scellé qu'avec du coton ». (VD08B)
- **Examen physique (téguments aux pieds)**
« I : Puis je t'avais dit à part de ça, le soir avant de te coucher ou quand tu prends une douche... J'avais parlé de vérifier... C : Oui, vérifier... I : Vérifier voir si tu n'as pas de blessures, parce que peut-être du jour au lendemain, ton sucre est haut, puis que tu viendrais que tu sens moins bien, mais toi tu penserais que tu le sens encore. Okay? Ça fait que regarder. Tu peux prendre un miroir puis regarder en dessous des pieds si t'es pas agile assez puis faire sûr que tu n'as pas de blessure en nulle part ». (VD01D)

Explique soins faits ou à faire

- « I : Ben, il y avait de l'écoulement comme jaune là. Regarde, on dirait que celle-ci s'efface. Je vais juste la laver comme il faut. Je vais l'essuyer et tu verras mieux. C : Crois-tu qu'il faudrait en mettre d'autre ? Je pense que, la peau est toute blanche. I : Oui, je vais en mettre d'autre. Un autre Duoderm, un autre de même. Parce que c'était beaucoup humide hein? C : Oui, beaucoup humide ». (VD06B)

Vérifie ce que la personne sait et comprend

- « I : Oui. Comme vous, auriez-vous des questions là-dessus, là? Comme pour bas, comment bas qu'est dangereux, là? Vous vous rappelez-vous? C : Est-ce que c'est pas en bas de 8 [glycémie]? I : Qui serait dangereux? C : Qui serait dangereux, oui ». (VD04B)

Annexe F

Extraits illustrant des interventions observées lors des visites à domicile

Interventions observées dans la catégorie « Permet l'exploration de différentes possibilités »

Assure la continuité des soins

- « I : Veux-tu que j'envoie une lettre au docteur [au sujet de la douleur au dos]? C : Bien, je vais le voir. I : Toi, tu veux t'arranger avec... C : Ah oui. I : Si tu veux, moi je peux... I : Il m'a dit, si jamais... I : Que tu as des problèmes. C : Oui. I : Parce que moi, je peux envoyer un communiqué au docteur pour le laisser savoir que tu as du mal. Je sais que tu fais pas mal tes affaires par toi-même là. C : Bien, il m'a bien dit ça. Tu me laisseras savoir. I : Qu'est ce que je ferai, quand que tu vois ton docteur, je ferais sûr qu'on fasse un communiqué, puis, on le mentionnera dedans que tu as plus de mal. Puis que tu aimerais augmenter... C : Oui ». (VD03D)
- « I : Demain, je reviendrai te voir à la même heure parce que je sais que c'est mieux pour toi et je vais emmener des nouveaux pansements. T'as vu que ça avait amélioré, hein? I : Oui, puis ne le fais pas [pansement]. J'aimerais le faire moi, pour le nettoyer comme il faut pour vraiment l'examiner. O.k. ? Je veux le faire le pansement demain pour vraiment regarder, enlever la crème pour voir ». (VD05D)
- « I : Demain, ben c'est ça, demain ça va être (nom de l'infirmière) qui va venir puis elle va te laisser faire. C : Donc, elle est déjà au courant? I : Oui, je lui ai dit cela ce matin. Toi, si tu veux prendre ta douche, tu peux le faire avant qu'on vienne aussi, if you'd like to. Tout ce que t'as besoin de faire c'est enlever le pansement ». (VD09B)

Donne des conseils sur...

- **Activité physique**
« C : Chez nous, je ne pouvais pas aller au gym. Mon gym est ici. I : Okay. Vous n'allez pas pour des marches? C : Non. Non, j'allais travailler sur ma maison, c'est tout. I : Ok, parce que quand tu changes d'habitude comme ça, tu pourrais peut-être aller quand même pour... C : Il faut que je marche pareil. I : Parce que tu sais que ça agit sur ton sucre, hein? C : Oui. I : Aller pour une marche ou faire quelque chose qui va te faire dépenser de l'énergie. C : Ok ». (VD01D)
- **Soins d'une plaie**
« I : Mets-tu de la vitamine E? Conjointe de C : Non, j'en mets pas encore. I : N'en mets pas encoure en haut-là [plaie] où c'est croche de même. Conjointe de C : Non. Veux-tu j'en mettre [pointe des régions de la plaie]? I : Oui, tu peux en mettre. Conjointe de C : Ok, il va falloir en mettre, en mettre sur le ventre par exemple ». (VD03D)
- **Réduction de l'œdème**
« I : Juste un peu d'enflure qu'on avait pas avant [aux membres inférieurs]. C : Ça, tu ne peux pas arrêter ça. I : Non, mais si tu élèves ta jambe... C : Oui, ça, ça aide. I : Il faut qu'elle soit plus haute que le cœur. Vous, vous vous couchez l'après-midi hein? I : Non. Si je suis debout, je ne vais plus me coucher ». (VD05D)

Corrige les perceptions

- « I : Ok, vous avez entendu toutes sortes de... C : J'ai entendu des vieilles histoires. I : Vous avez entendu des histoires d'horreur avec la chimiothérapie. C : Oui. I : Ça fait que vous avez ça dans la tête ». (VD01B)
- « I : Ça fait à ce moment là, qu'est-ce que vous allez regarder pour voir ce qui aurait pu causé que c'est trop bas [glycémie]? C : Si j'avais mangé quelque chose de trop doux? I : Ben, pas s'il est trop bas. C : Non. I : S'il est trop bas c'est peut-être que vous avez pas assez mangé ou bien vous avez oublié de prendre votre pilule ». (VD04B)

Annexe F

Extraits illustrant des interventions observées lors des visites à domicile

Interventions observées dans la catégorie « Encouragement et soutien la prise de décision »

Apporte de l'information nécessaire à la prise de décision

- « I : Parce que ça que j'aime pas c'est l'affaire que tu restes à rien faire pas mal souvent dans ta journée. Ça, ça aide pas pour le sucre non plus. Même si tu vas faire du travail au gymnasium une fois de temps en temps, tu sais il faut quasiment que tu aies des activités assez régulières. C : Um-hum. Oui, je décollerais le matin marcher... I : C'est un autre mode de vie, là. Parce que c'est comme je te dis, t'es – avec ta haute pression comme ça, puis ta cigarette, puis ton – le petit brin de stress que tu as puis la diabète en plus. C : Je sais que ça n'aide pas nulle part ». (VD01D)
- « I : Est-ce que ça marche toujours avec les aiguilles [pour l'insuline] qu'il vous prépare? Ça marche ça? Est-ce qu'il vous a parlé de la plume? C : Il en a parlé un petit brin, mais il paraissait pas intéressé, puis j'ai laissé faire. I : Mais vous, êtes-vous intéressé? C : Ça me coûterait peut-être quelque cents de plus. I : Je sais pas. Il faudrait appelé à la pharmacie savoir combien. Parce que la plume, elle vous coûte rien. Il la donne avec la cartouche. Puis les aiguilles, ça l'air c'est des bonnes aiguilles. C : Oui ». (VD02D)

Offre des alternatives

- « I : Tu penses pas que le jour comme ça de remplacer la cigarette par d'autre chose? T'en aller dehors prendre une marche, faire quelque chose dehors ou faire quelque chose dans la maison? C : Ben, si je serais chez nous ça ne serait pas pareil. Je ne suis pas chez nous ici ». (VD01D)
- « I : Mais c'est-tu, peut-être quand on aura, quand le diabète sera bien contrôlé, vous pourrez décider avec quoi vous voulez continuer. Est-ce que ça vous va, ça? C : N'importe quoi c'est bon ». (VD02D)
- « I : Parce que ça quand même coulé assez beaucoup [plaie]. Demain, je vais essayer de... ce que je vais faire c'est emmener un pansement plus épais qui absorbe mieux. On va voir. On va garder ça à une fois par jour, je te verrai demain. J'ai une autre sorte de pansement qui est plus épais et ça va mieux absorber ce qui sort. Celui-ci n'est pas tout à fait épais assez. On va voir ce que ça va faire. C : Elle avait mis, avant de mettre le grand, elle avait mis un petit (gauze) ». (VD05D)

Invite la personne à décider des solutions à entreprendre aux problèmes/besoins exprimés

- « I : Peut-être que tu vas être encore assis dans ton truck, à pas faire grand, grand chose. As-tu pensé à qu'est-ce que... C : Oui, mais là je vais m'en venir normal. I : Oui, C : Tu sais. J'aurais peut-être pas grand chose. Je vais débarquer, décharger le paquet et le voyage. Tu sais, avant ça je débarquais pas décharger le voyage au – disons au petit magasin là. I : Ok, tu vas faire de l'exercice cette façon là? C : Oui, oui. Comme je l'ai dit, ça peut prendre de deux à trois mois avant que j'ai perdu mon poids puis que j'ai maigri normal puis que... » (VD01D)

Invite la personne à accepter ou non l'aide offerte

- « C : Je pense qu'elle veut m'acheter une autre commode. I : As-tu les moyens ou veux-tu qu'on essaie d'en... C : Je pense qu'on peut aller voir à [magasin d'appareils médicaux]. Parce que, s'il y a quelque chose que je peux faire pour aider là. Si c'est de quoi d'aussi simple que ça... ». (VD05B)

Annexe F

Extraits illustrant des interventions observées lors des visites à domicile

Annexe G

Extraits illustrant des interventions rapportées aux entrevues

Interventions rapportées dans la catégorie « Contribue au lien thérapeutique »

Sécurise la personne

- « Lui c'était surtout à propos de son état d'anxiété qui faisait partie de mes cas ordinaires, là, pour lui, mais je voyais qu'il y avait peut-être quelque chose qu'on pourrait apporter, nous autres, pour essayer de « aiser » la situation, parce qu'il y avait un diagnostic de cancer du colon, puis on sait que dans les cas de cancer, le stress a beaucoup à faire avec ça ». (E01)
- « Je trouvais qu'elle était pas mal inquiète de sa plaie. Ben, c'est que ça fait un an qu'elle est en train de soigner ça et qu'elle s'inquiète que ça va jamais guérir. Donc, moi je voulais la rassurer que oui, on allait la guérir ». (E06)
- « Elle, ça été, premièrement, on lui a emmené son matériel pour faire ses pansements. Ensuite, la superviser pour s'assurer qu'elle avait une bonne technique et la sécuriser en lui disant oui, tu fais bien ça ». (E07)

Écoute les préoccupations

- « Parce que je me souviens au début quand il parlait de sa douleur, il disait c'est toujours la même et il font rien ». (E02)
- « Au début, elle était un peu plus gênée parce qu'elle avait engraisée et elle ne voulait pas que tout le monde voit ses parties privées. Cependant, avec moi, elle était confortable ». (E09)
- « Ses enfants étaient pas mal éloignés et elle n'est pas allé en détail, mais j'ai pu voir que ça l'avait... [...]. Donc, je la faisais verbaliser un peu de ses choses ». (E10)

Explique l'intervention

- « Puis ensuite de ça, on faisait le pansement. Souvent il avait des questions là-dessus aussi, mais c'était vraiment technique plus que d'autres choses ». (E01)
- « C'est qu'elle me disait, ils faisaient ça [le pansement] de même ou il fait que tu fasses ça. Ben là, quand je l'ai changé, elle n'a pu d'objection à ça parce que je lui ai dit pourquoi et après elle était contente, elle disait que c'était plus confortable ». (E06)

Répond aux préoccupations

- « Si elle vérifiait sa glycémie et que c'était 12 disons, elle me demandait si elle pouvait manger le reste de la journée. Je crois que pouvoir la rassurer, établir une relation avec elle où elle peut avoir des réponses, puis elle peut avoir quelqu'un à qui elle peut avoir confiance ». (E04)
- « Il parlait aussi de ses étourdissements, puis il en avait parlé à l'infirmière avant, mais elle était trop occupée pour prendre sa pression. Je l'ai fait puis quand le l'ai quitté, il a exprimé beaucoup de gratitude ». (E05)

Laisse exprimer les craintes

- « Je crois que l'infarctus l'a beaucoup marquée. Aussi avec sa perte de poids, elle n'était plus la même personne, Elle se regardait dans le miroir, ce n'était plus la même personne. Chaque visite, c'était la mort. Elle m'a parlé de la mort, tout le temps, toue le temps, tout le temps ». (E08)
- « C'est sa manière, elle est très nerveuse, elle panique pour rien. Elle avait eu une douleur à la jambe et elle m'avait appelé en pleurant ». (E09).

Écoute les préoccupations de l'entourage

- « On va voir un patient qui fait de l'Alzheimer, mais on passe plus de temps avec l'épouse pour voir ce qu'elle passe à travers ». (E01)

Annexe G

Extraits illustrant des interventions rapportées aux entrevues

Interventions rapportées dans la catégorie « Travaile à partir du point de vue et des forces de la personne »

Vérifie la surveillance des paramètres physiologiques identifiés par la personne

- « Des fois c'est juste de vérifier comment étaient ses glycémies durant la semaine d'avant » (E01)
- « Les interventions qu'on fait plutôt c'est des dialogues, on lui demande souvent comment va son bilan de glycémies, comment ça va avec son diabète ». (E08)

Invite à s'exprimer sur son état/problème

- « De mon côté, j'essayais de percevoir comment lui percevait la situation, J'essayais de l'accueillir dans sa façon de penser ». (E04)
- « Je lui parle, je lui dis « ça doit être difficile ce que tu vis. Lorsque je vois qu'il a des mauvaises journées, le lui laisse parler, ça ne doit pas être facile de qu'il vit, il le fait mais... ». (E08)

Vérifie la satisfaction des besoins

- « Je posais tout le temps combien de Tylenol entre ça, comment vous les prenez? Mais le médecin changeait pas, puis à un moment donné – je pense que c'est elle aussi – elle m'a dit me semble si je les prenais trois fois par jour ça m'aiderait plus. Puis elle me disait les heures. On a vu quand est-ce ça faisait plus mal ». (E02)
- « Souvent il faut prendre charge de ses médicaments, de sa constipation, de son sommeil » (E10)

Intervient selon les préférences la personne

- « Lorsqu'on y va, on y va dans l'après-midi car il n'aime pas se lever le matin. Normalement, avec nos charges de travail, on ne pourrait pas faire cela, mais je voulais au moins pouvoir le respecter pour ça ». (E05)
- « Elle voulait que ça soit lui, C'était son désir. Ça ne la dérangeait pas que son ami le fasse, elle était confortable avec cela, elle lui faisait confiance ». (E09)

Exprime sa disponibilité

- « Puis au début. Elle nous téléphonait parce qu'elle était inquiète, puis elle ne savait plus ce qu'elle devait faire. En étant disponible comme ça, elle est venu à mieux comprendre ». (E04)
- « Lorsque la personne se prend en charge et qu'elle a confiance qu'elle peut nous appeler n'importe quand, elle est beaucoup plus calme et l'anxiété diminue dans la maison ». (E08)

Sollicite la participation d'un membre de l'entourage

- « Je m'étais également informé au niveau de ses enfants, voir s'ils demeuraient près parce que c'était tout du nouveau, les machines, comment ça fonctionne, puis avoir quelqu'un qui soit capable d'être avec elle lorsqu'elle va les faire [glycémie] ». (E04)
- « Il disait pourquoi est-ce qu'il faut que ça soit moi parce que vous êtes ici. C'est là que finalement, je lui ai dit qu'elle aura plus de flexibilité. Si elle veut sortir, elle n'a pas besoin de nous attendre ». (E09)

Demande son opinion

- « Je vais voir quelqu'un avec un pansement là, puis je lui demande qu'est-ce que vous en pensez, c'est tu mieux? [...] Ou même à la famille, je vais demander vous l'avez vu, qu'est-ce que tu en penses ». (E02)

Annexe G

Extraits illustrant des interventions rapportées aux entrevues

Interventions rapportées dans la catégorie « Facilite l'apprentissage »

Fait de l'enseignement sur...

- **Mobilité**
« À part les interventions de type instrumental, au début, puisqu'elle mobilisait moins, on avait besoin de lui démontrer que c'était important d'au moins descendre sa jambe et faire la flexion du genou et de la hanche afin qu'elle ne vienne pas contracturée ». (E03)
- **Prise de médicaments**
« C'est que nous autres, lui ne réalise pas que c'est de l'angine parce qu'il fallait que je lui explique qu'est-ce que c'était et qu'est-ce qu'était la nitro. Il a tout eu cet enseignement là mais il l'a tout oublié ». (E08)
- **Diminution du stress**
« Ça fait que je voulais essayer de diminuer son niveau de stress en faisant de l'enseignement ». (E01)
- **Examen physique**
« L'enseignement ben, il faut qu'il fasse attention à son pic [ligne intraveineuse]. Tu sais, quand t'as un pic, il faut qu'il s'assure que, il ne faut pas que le pansement se détache, il faut qu'il nous appelle s'il y a quelque chose là ou s'il a des douleurs, si c'est plus sensible, s'il y a des rougeurs. Aussi, la pression à son moignon, quand il était sur le programme avant, c'était des pansements au pied mais il a fini par perdre le pied ». (E06)

Encourage la participation aux soins

- « Le fait qu'elle m'a écouté, elle a marché, elle a lâché sa chaise, je pense que c'est des signes qu'elle n'est pas, si elle était découragée, je pense pas qu'elle aurait participé autant ». (E02)
- « On lui avait demandé de faire des pansements pis il était bien d'accord. Dans ce temps-là, c'était juste une petite plaie à la cheville et il le faisait bien ». (E05)

Vérifie ce que la personne sait et comprend

- « Quand on révisait l'enseignement, pis je ne l'ai pas seulement fait quand tu étais là, je l'ai révisé à plusieurs reprises, de différentes façons. Des fois vite, des fois lentement, des fois un point, des fois deux points ». (E01)
- Puis d'apprendre, des fois, lorsque tu leur enseignes quelque chose, ils disent oui, oui, mais ils n'ont pas nécessairement compris grand chose. Tu peux juste vérifier la visite après ». (E04)

Enseigne à un membre de l'entourage

- « On lui donnait l'enseignement [conjointe] et elle le faisait, dépendamment de comment il voulait le prendre. Elle aurait tout essayé pour être autonome avec lui, pour que nous soyons pas toujours impliqué dans leur vie ». (E03)

Observe l'exécution des soins

- « Même si elle pouvait le faire, il fallait toujours que je sois là et que je lui dise tu es capable. Même aujourd'hui, il faut encore que quelqu'un la supervise et elle est capable de le faire ». (E09)

Révisé, avec la personne, les informations données

- « Je leur amène de la littérature et s'ils ne lisent pas beaucoup, alors je passe plus de temps à parler avec eux ». (E08)

Annexe G

Extraits illustrant des interventions rapportées aux entrevues

Interventions rapportées dans la catégorie « Permet l'exploration de différentes possibilités »

Assure la continuité des soins

- « Puis là, quand elle a arrêté ses médicaments, j'ai dit – juste comme ça parce qu'elle se cachait pour pas que je vois. J'ai dit est-ce que ç'arrive souvent que vous avez ça? Est-ce que ça fait longtemps? Puis elle a dit que c'était pire depuis qu'elle avait arrêté les médicaments, mais elle a dit qu'elle en avait avant. Fait que là, tantôt, avant que t'arrives, j'ai essayé d'appeler le médecin. Je voulais juste l'informer ». (E02)
- « Ensuite, on consultait le médecin, ce qui lui permettait de la visiter moins souvent mais de la suivre quand même. Ses hypoglycémies ont été ajustées en conséquence de ses résultats. Puis à mesure du suivi de la diététiste, elle dans sa diète, elle a changé des choses et là sa glycémie est venue vraiment mieux contrôlée ». (E04)
- « Souvent je fais un suivi de ses glycémies, j'appelle le médecin, plusieurs fois j'ai téléphoné à la pharmacie pour lui, je donnais des comptes-rendus de sa pression artérielle qui augmente des fois, des fois il a des douleurs angineuses, je vais téléphoner au médecin ». (E08)

Facilite l'accès à diverses ressources

- Ça fait qu'il avait beaucoup d'inquiétudes de ce point de vue là. C'est pour ça que j'ai demandé à la travailleuse sociale qu'elle entre dans le portrait pour essayer de le diriger vers les options qu'il pourrait avoir pour son âge ». (E01)
- « Mais là, avec l'Extra-mural, je l'ai suggéré une carte PMO [assurance] et au moins ça allégé sur ce côté-là. Elle s'inquiétait beaucoup pour ses pansements et comment elle pouvait acheter ça ». (E07)
- « J'ai amené la nutritionniste une journée et a eu un cours ou quelque chose et elle lui a tout fait un menu, elle lui a dit de faire ceci, de faire cela à tous les matins ». (E10)

Donne des conseils sur...

- **Mobilité**
« Je pense que j'ai dû lui dire qu'il fallait qu'il sorte plus, qu'il pouvait marcher pis tout d'un coup il marchait ». (E02)
- **Activité de divertissement**
« Des fois je lui parle de qu'est-ce qu'il peut faire pendant la journée car il parle toujours des choses qu'il ne peut pas faire : je dirai comme : « aujourd'hui il fait beau, vous devriez sortir ». (E08)

Corrige les perceptions

- « Comme hier, je l'ai référé à (nom du médecin) car l'ouverture de son incision, ce n'est pas censé arriver parce qu'elle a confiance que tout va aller bien. J'ai un peu de difficulté à la ramener à la réalité...elle est quand même diabétique, elle a quand même des gros problèmes de santé ». (E08)
- « C'est plutôt l'emmener à accepter le fait que les médicaments ne sont pas nécessairement ce dont elle a besoin tout de suite. Même si elle en aurait voulu d'autres. Parce qu'au début, lorsque j'allais la voir, elle blâmait le pharmacien et lorsqu'elle blâmait le pharmacien, elle blâmait le médecin. Donc, c'était la faute de tout le monde mais elle ne prenait pas charge que c'était elle qui en avait trop pris ». (E10)

Donne des informations

- « Je lui avais remis certains documents, mais il n'y avait pas trop de documents qui... J'ai été obliger d'aller à la clinique des diabétiques pour essayer de trouver du matériel qui pouvait être intéressant pour lui ». (E01)

Annexe G

Extraits illustrant des interventions rapportées aux entrevues

Interventions rapportées dans la catégorie « Encouragement et soutien la prise de décision »

Apporte de l'information nécessaire à la prise de décision

- « Pi là j'ai découvert qu'une bonne manière, avec ces gens-là, c'est de les emmener à comprendre, parce qu'un diabétique qui triche ou qu'il ne triche pas, il ne va pas se sentir mal à l'aise tout de suite là. Pi le grand danger c'est les effets à long terme et si on les met au courant des possibilités à long terme qui les attendent, la perte de la vue, les problèmes au niveau rénal, les amputations, ben là des fois, ça les fait penser ». (E04)
- « Je pense qu'on a des tels gens, des tels caractères, puis au moins si on peut les informer et leur dire maintenant c'est à toi de décider ce que tu vas faire de cette information ». (E05)

Accepte la décision et ajuste l'intervention en conséquence

- « Puis, depuis ce temps, j'ai dit au patient que je ne parlerais plus de la guérison. [...] Je ne veux pas être froide mais dorénavant, on ne parle plus de vos plaies, je vais venir ici, je vais bien soigner votre plaie, on va évaluer votre cheville à chaque semaine mais je ne commenterai pas. (E05)

Adapte l'intervention à celui de la personne

- « Là je vois comment il me répond, qu'est-ce qui m'amène, pis moi mon comportement, il va avec ça et ma façon d'interagir avec lui ». (E02)

Invite la personne à décider des solutions à entreprendre aux problèmes/besoins exprimés

- « Comme je te disais tantôt, être capable de décider des choses pour lui-même selon l'enseignement qui a été faite, d'être beaucoup plus capable de faire face aux choses qui se présentent, comme le traitement ». (E01)

Annexe G

Extraits illustrant des interventions rapportées aux entrevues

Annexe H

Extraits illustrant les représentations des infirmières

**Représentations des caractéristiques de la clientèle qui favorisent l'intervention
d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé**

Caractéristiques personnelles

- **Être plus apte à collaborer**
« Parce qu'elle est jeune, coopérative et plaisante ». (E09)
« Je trouvais qu'elle coopérait bien ». (E10)
- **Être positif(ve)**
« Puis déjà c'est une personne qui était positive à ce que je dis. Je ne la sens pas comme quelqu'un de négative à mes interventions ». (E02)
« Elle prenait une journée à la fois. Elle était courageuse, elle n'était pas vraiment déprimée, ça prenait pas grand chose pour remonter son moral. Elle est encore plaisante et de bonne humeur [...] Son attitude l'a beaucoup aidée ». (E03)
- **Être motivé(e) à apprendre**
« Bien elle veut tout savoir [...] Quelqu'un qui veut faire ses pansements, qui veut apprendre à se soigner ». (E06)
« Une personne qui est prête à apprendre, qui se prend soin, qui est positive ». (E09)
- **Être connaissant(e)**
« Tu sais, s'ils me parlent, souvent je suis ma liste de médicaments, les noms génériques, comment t'en sortir. Ben là je dis pourquoi vous prenez ça? Je trouve ça intéressant quand elle me l'explique ». (E02)
« Au point de vue de l'enseignement diabétique, elle est pas mal connaissante maintenant et elle maintient ses glycémies en bas de dix, donc je n'ai pas grand intervention à faire [...] Elle se rappelle de tout et elle est incroyablement intelligente pour quelqu'un qui n'a pas beaucoup de formation académique ». (E08)

Éléments reliés à la participation

- **Prendre part aux interventions de soins**
« Aussi, à un moment donné, lorsqu'on ne savait pas qu'il y avait une profondeur à sa plaie, il faisait ses pansements lui-même et nous autres on allait une fois par semaine pour évaluer la situation ». (E05)
« Elle prend son bain au lieu de sa douche parce qu'elle ne veut pas mouiller son pied et elle a commencé à prendre soin de sa petite plaie sur son pied, ben c'est elle qui l'a fait » (E06)
- **Poser des gestes positifs**
« Ensuite, s'il y a des changements à faire dans leur style de vie, ils le font ». (E04)
- **Questionner l'infirmière**
« Aussi, peut-être qu'il pose des questions [...] Ça je trouve ça des gens responsables quand ils regardent et quand ils me questionnent ». (E02)

Conditions

- **Avoir du soutien de la famille**
« Il avait sa femme que le supportait bien [...] Le support familial, c'est une grosse affaire ». (E01)
« Cependant, elle avait beaucoup de support de ses enfants [...] Elle avait un bon support familial ». (E04)
« Elle a beaucoup de support familial, de son mari, de sa fille [...] et de son garçon ». (E07)

Annexe H

Extraits illustrant les représentations des infirmières

**Représentations des caractéristiques de la clientèle qui entravent l'intervention
d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé**

Caractéristiques personnelles

- **Être moins apte à collaborer**
« Lui il n'est pas coopératif donc, même si sa famille sait qu'il devait avoir des repas à des heures régulières, lui il ne suit pas ça du tout ». (E04)
« Pour la sortir de la maison et la faire aller voir le médecin, il faut que tu lui en parles des semaines à l'avance et non, elle ne veut pas y aller ». (E07)
« S'ils ne sont pas coopérants, s'ils ne veulent pas changer leurs manières ». (E09)
- **Manquer de volonté**
« Il y des patients que n'ont juste pas la volonté de... Ils ont toutes les connaissances, ils ont tous été donnés les connaissances. Soit qu'ils les ont mal interprétées ou ils les ont oubliées ou bien qu'ils ont choisi de les ignorer ». (E01)
- **Manquer de connaissances**
« Tu veux favoriser la prise en charge, mais si tu vas avoir des complications, on s'attend que ça soit au niveau du patient, qu'il soit capable... Des fois, ils ne savent pas ou ils ont peur ». (E06)
- **Être incapable de se soigner**
« J'ai vu que c'était une madame qui allait jamais être capable d'apprendre comment faire ses pansements. Elle ne peut juste pas. Elle n'a pas les connaissances ni le quotient intellectuel pour de vouloir apprendre ». (E07)

Éléments reliés au manque de participation

- **Avoir de la difficulté à faire les changements dans son style de vie**
« Je voyais qu'il avait fait des certains efforts, mais pour le risque qu'il était dedans, on dirait qu'il ne voyait pas. Tu sais, même si tu lui disais qu'il avait de gros facteurs de risque comme la fumage puis le poids ». (E01)

Conditions

- **Manquer de soutien familial**
« Son mari est décédé, elle a un fils et une bru qui vont lui rendre visite, mais c'est rare qu'il communiquent avec nous afin de savoir comment est leur mère ou s'il y a quelque chose qu'ils peuvent faire ». (E10)
- **Vivre une situation de soins complexes**
« Lui, on l'avait suivi au début lorsqu'il était bien, à peu près deux ans après son accident. Il avait besoin d'équipements, ces choses-là. Au fur et à mesure, il a commencé à avoir des complications, à avoir des plaies de pression [...] On a travaillé dur avec ce patient-là ». (E03)
- **Subir l'influence des facteurs sociaux**
« Il y a aussi les facteurs sociaux, pauvreté, éducation. Il y a des gens qui sont trop pauvres pour pouvoir s'acheter des aliments qui seraient meilleurs pour eux autres ». (E05)
- **Manquer de ressources financières**
« Moi, il y une chose que je trouve qu'on rencontre beaucoup de problèmes c'est sur le plan financier, des aides-ménagères, ici on a pas de système d'aide pour les cas palliatifs, mais lorsqu'on vient de parler de dépenses pour les médicaments, c'est un aspect qui entre en jeu ». (E07)
- **Vivre dans un milieu non-salubre**
« Il y a des endroits qu'on visite où ce n'est pas tellement propre. Tu arrives là pour faire un soin de plaie et c'est vraiment malpropre ». (E09)

Annexe H

Extraits illustrant les représentations des infirmières

Représentations reliées à la pratique infirmière

Dimension du savoir

- **Établir une relation de confiance**
 « Ben je pense qu'elle m'a fait confiance dès le départ, puis c'était des gens très accueillants ». (E02)
 « Rentrer dedans avec de la confiance. Tu peux faire beaucoup d'affaires avec le patient ». (E03)
 « Il faut que la personne te fasse confiance. Lorsqu'ils ont confiance en toi et que toi tu as confiance en eux, ben ça leur donne confiance en eux-mêmes ». (E06)
- **Utiliser des stratégies pour gagner la confiance de la personne**
 « Disons que tu allais là pour une personne qui avait une fracture à un bras où quelque chose comme ça, puis t'es pas sûr s'il y a pas d'abus, il faut que tu prennes confiance avec la personne puis peut-être que viendrait – tu sais, c'est pas nécessairement pour soigner la coupure qu'il y avait là ou enlever les agrafes, mais tout ce qui se passe à côté dans sa vie qui est peut-être relié mais indirectement ». (E01)
- **Miser sur les capacités de la personne**
 « Mais je pense que si on me fait confiance puis que je ne suis pas là pour les rendre dépendants, je peux mater, mais sans rendre dépendant. C'est que je crois qu'ils sont capables, c'est l'attitude que j'ai ». (E02)
- **Rendre indépendant/autonome**
 « Il y beaucoup de monde qui pensent qu'on va là les soigner pour eux autres, mais c'est qu'on essaie de leur expliquer dès le début, on les aide à apprendre à se soigner ». (E06)
- **Utiliser des stratégies pour obtenir la collaboration de la personne**
 « « Lui c'était certainement, comme on contournait son manque de coopération pour arriver à avoir un certain contrôle. Avec lui, j'ai été du côté de ce que lui désirait le plus, puis c'était d'être à la maison, car il détestait aller à l'hôpital ». (E04)

Dimension du savoir-être

- **Être respectueuse**
 « Il faut respecter le choix pour commencer. Je prends le cas des soins palliatifs. Des familles qui ne veulent pas garder le patient à la maison même si lui veut rester là, si personne veut le faire, tu peux pas. Par contre, quand ils veulent et que la famille a un choix, le patient a un choix, ça va mieux ». (E07)
- **Utiliser son expérience pour sécuriser, informer la personne**
 « Comme infirmière, on a vu beaucoup de patients avec des plaies comme ça, on a vu beaucoup de patients qui ont passé à travers des traitements [...] Ça fait que peut-être il prenait avantage de l'expérience que j'avais pour lui dire oui tu sais, peut-être que tu auras des nausées, mais maintenant il y a assez de bons médicaments pour ça ». (E01)
- **Être prédisposée à l'écoute**
 « Ça fait c'est vraiment être à l'écoute de ce qui est derrière les mots, essayer de la voir la personne tout en entier ». (E04)
- **Être soi-même**
 « Je vais m'asseoir à côté d'elle [...] le soir je suis fatiguée [...] puis là je prépare mes affaires, puis on jase et je prends sa pression. Puis je lui dis souvent que c'est mon temps de détente [...] Oui, ça m'aide à décompresser puis je pense que c'est ça qui fait que la relation est différente » (E02)

Annexe H

Extraits illustrant les représentations des infirmières

Annexe I

Liste complète des interventions pour le cas de Madame Cormier

Liste complète des interventions pour le cas de Madame Cormier

Interventions rapportées à l'entrevue [nombre de fois rapportés]	Interventions observées à la visite à domicile [nombre de fois observés]
<u>Contribue au lien thérapeutique</u> <ul style="list-style-type: none"> • Sécurise la personne [5] • Répond aux préoccupations [2] 	<u>Contribue au lien thérapeutique</u> <ul style="list-style-type: none"> • Écoute les préoccupations [3] • Initie conversation hors-sujet [1] • Sécurise la personne [2] • S'informe de l'état de santé [1] • S'informe, réagit aux paramètres anormaux – glycémie [1] • Renforce les initiatives prises par la personne [6] • S'informe sur autres problèmes de santé (symptômes gastriques) [1]
<u>Travail à partir du point de vue et des forces de la personne</u> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifie surveillance des paramètres physiologiques identifiés par la personne [1] • Exprime sa disponibilité [1] • Sollicite la participation d'un membre de l'entourage [6] 	<u>Travail à partir du point de vue et des forces de la personne</u> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifie, auprès de la personne, la satisfaction des besoins au plan du sommeil [1] • Vérifie, auprès de la personne, la satisfaction des besoins au plan de l'alimentation [2] • Vérifie, auprès de la personne, la satisfaction des besoins au plan de la respiration [1] • Demande son opinion (cause de l'hyperglycémie et l'hypertension) [1] • Vérifie surveillance des paramètres physiologiques identifiés par la personne – glycémie [2] • Vérifie, auprès de la personne, suivi des autres professionnels de la santé [1] • Sollicite la participation d'un membre de l'entourage [1]
<u>Facilite l'apprentissage</u> <ul style="list-style-type: none"> • Fait de l'enseignement sur la surveillance des paramètres physiologiques [2] • Encourage la participation aux soins (prise de glycémie) (soins pour diabétique) [2] • Vérifie ce que la personne sait et comprend [3] • Fait la démonstration des soins (utilisation d'un glucomètre) [1] 	<u>Facilite l'apprentissage</u> <ul style="list-style-type: none"> • Fait de l'enseignement sur la surveillance des paramètres physiologiques [4] • Fait de l'enseignement sur les symptômes du diabète [2] • Fait de l'enseignement sur les techniques de soins (prise des glyc & calibration du glucom) [2] Suite à la page suivante...

Annexe I

Liste complète des interventions pour le cas de Madame Cormier

Interventions rapportées à l'entrevue [nombre de fois rapportés]	Interventions observées à la visite à domicile [nombre de fois observés]
<u>Facilite l'apprentissage (suite)</u> <ul style="list-style-type: none"> Fait de l'enseignement sur la surveillance des paramètres physiologiques [2] Encourage la participation aux soins (prise de glycémie) (soins pour diabétique) [2] Vérifie ce que la personne sait et comprend [3] Fait la démonstration des soins (utilisation d'un glucomètre) [1] 	<u>Facilite l'apprentissage (suite)</u> <ul style="list-style-type: none"> Vérifie ce que la personne sait et comprend [divers aspects reliés à la diabète] [3] Vérifie ce que la personne sait et comprend sur le régime médicamenteux [4] Vérifie ce que la personne sait et comprend sur la surveillance des paramètres physio – glycémie [8] Enseigne à un membre de l'entourage [1] Révisé avec la personne, les informations données (symptômes d'hyper et hypog) [4] Observe l'exécution des soins [2] Fait la démonstration des soins [2]
<u>Permet l'exploration de différentes possibilités</u> <ul style="list-style-type: none"> Assure la continuité des soins [2] 	<u>Permet l'exploration de différentes possibilités</u> <ul style="list-style-type: none"> Assure la continuité des soins [3] Donne des conseils (inscription des glycémies) [1] Donne des conseils sur l'horaire des glycémies [2] Donne des conseils sur la prise des glycémies [1] Donne des conseils sur la prise de médicaments [1] Donne des conseils sur l'inscription des glycémies [1] Donne des informations (cause possible de l'hypertension et hyperglycémie) Corrige perception (sur réaction à l'hyperglycémie) [2]
<u>Encourage et soutient la prise de décision</u> <ul style="list-style-type: none"> Apporte des informations nécessaires à la prise de décision [1] Adapte le rythme de l'Intervention à celui de la personne [3] 	

Annexe I

Liste complète des interventions pour le cas de Madame Cormier

Annexe J

Liste complète des interventions pour le cas de Madame Goguen

Liste complète des interventions pour le cas de Madame Goguen

Interventions rapportées à l'entrevue [nombre de fois rapportés]	Interventions observées à la visite à domicile [nombre de fois observés]
<p><u>Contribue au lien thérapeutique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sécurise la personne [1] • Écoute les préoccupations [3] • Laisse exprimer les craintes [1] 	<p><u>Contribue au lien thérapeutique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Écoute les préoccupations (sur divers sujets) [8] • Sécurise la personne (par rapport au sommeil et médicaments) [1] • Utilise de l'humour [1] • S'informe de l'état de santé [1] • Répond aux préoccupations (raison de la surveillance médicale, i.e. prises régulières de sang) [1] • Laisse exprimer les craintes (insomnie) [2]
<p><u>Travail à partir du point de vue et des forces de la personne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifie, auprès de la personne, la satisfaction des besoins au plan de l'élimination [1] • Vérifie, auprès de la personne, la satisfaction des besoins au plan du sommeil [1] 	<p><u>Travail à partir du point de vue et des forces de la personne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifie, auprès de la personne, la satisfaction des besoins au plan du sommeil [1] • Vérifie, auprès de la personne, la satisfaction des besoins au plan de l'élimination [1] • Vérifie, auprès de la personne, la satisfaction des besoins au plan de l'alimentation [1] • Vérifie suivi médical auprès de la personne [2] • Demande son opinion (utilisation de laxatif) [1] • Invite à s'exprimer sur son état/problème [2]
<p><u>Facilite l'apprentissage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fait de l'enseignement (de manière générale) [1] • Fait de l'enseignement sur la prise de médicaments [1] • Encourage la participation aux soins [1] • Vérifie ce que la personne sait et comprend (régime médicamenteux) [2] 	<p><u>Facilite l'apprentissage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fait de l'enseignement sur la prise de médicaments (utilisation de laxatif) [4] • Vérifie ce que la personne sait et comprend – régime médicamenteux (prise de laxatif) [6] • Vérifie ce que la personne sait et comprend – régime alimentaire (pour contrer la constipation) [1] <p>Suite à la page suivante...</p>

Annexe J

Liste complète des interventions pour le cas de Madame Goguen

Interventions rapportées à l'entrevue [nombre de fois rapportés]	Interventions observées à la visite à domicile [nombre de fois observés]
<p><u>Permet l'exploration de différentes possibilités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assure la continuité des soins [2] • Facilite l'accès à diverses ressources (nutritionniste) [1] • Donne des conseils (alimentation) [1] • Corrige perception (prise de médicaments) [1] 	<p><u>Permet l'exploration de différentes possibilités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assure la continuité des soins [2] • Donne des conseils (prise de laxatif) [2] • Donne des conseils sur l'hydratation (lié à son problème de constipation) [3] • Donne des informations (résultats des prises de sang) [1]
<p><u>Encourage et soutient la prise de décision</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apporte des informations nécessaires à la prise de décision (possibilité d'un déménagement dans un foyer de soins) [1] 	

Annexe J

Liste complète des interventions pour le cas de Madame Goguen